

		割
--	--	---

No

フリガナ	〒	—					
氏名	住所						
生年月日(西暦)	年	月	日	(歳)	職業	
連絡先☎	自宅()	—				
	携帯()	—	身長	cm	体重	kg

※症状のある部位と左右に○をつけて下さい

【頭】^{あたま}【顔】^{かお}【首】^{くび}【左・右 鎖骨】^{さごつ}【左・右 肩】^{かた}【左・右 二の腕】^{に うで}【左・右 肘】^{ひじ}【左・右 前腕】^{ぜんわん}
【左・右 手首】^{てくび}【左・右 手(掌・甲)】^{て の ひら こう}【左・右 手指(指)】^{て ゆび ゆび}【左・右 胸】^{むね}【左・右 肋骨】^{ろつこつ}【腰】^{こし}
【左・右 背中】^{せなか}【左・右 お尻】^{しり}【左・右 股関節】^{こかんせつ}【左・右 太腿】^{ふともも}【左・右 膝】^{ひざ}【左・右 脛】^{すね}
【左・右 脛脛】^{ふくらはぎ}【左・右 アキレス腱】^{けん}【左・右 足首】^{あしぐび}【左・右 足(裏・甲)】^{あし うら こう}【左・右 足趾(趾)】^{あし ゆび ゆび}
【左・右 踵】^{かかと}【その他：

- ◆症状が出たのはいつ頃からですか？(年 月 日頃)
- ◆思い当たる原因はありますか？(はい・いいえ)
はいの方は原因をご記入下さい()
- ◆上記の症状で他医療機関・整骨院等の受診はされましたか？(はい・いいえ)
はいの方、いつ→(年 月 日頃) 医療機関名→()
検査または治療内容は？()
- ◆勤務中・通勤中の怪我ですか？(はい・いいえ) → はいの方、労災は使用しますか？(はい・いいえ)
- ◆学校(登下校含む)での怪我ですか？(はい・いいえ)
はいの方、学校の保険(スポーツ保険)は使用しますか？(はい・いいえ)
- ◆現在、服用しているお薬はありますか？(はい・いいえ)
はいの方、お薬手帳はお持ちですか？(はい・いいえ)
お薬手帳をお忘れの方は服用薬の記入をお願い致します()
- ◆今までに大きな病気や手術をした事がありますか？(はい・いいえ)
はいの方、いつ→(年 月 日頃) 医療機関名→()
病名→()
- ◆ペースメーカー、人工関節等の手術をした事がありますか？(はい・いいえ)
- ◆アレルギーはありますか？(はい・いいえ)
はいの方は何のアレルギーですか？()
- ◆女性の方へ 現在、妊娠の可能性が(ある・ない・不明)
授乳中ですか？(はい・いいえ)
- ◆当院を受診したきっかけは？
ご紹介(氏名)インターネット・看板・その他→()

※尚、当院は『個人情報に関する法令』を遵守し、患者様の情報を適切に取り扱います。