

記入年月日

年 月 日

フリガナ			生年月日	明治・大正	年	月	日
お名前	男女			昭和・平成	(年齢 歳)		
住所	〒 -						
	電話	()	携帯	()			
ご職業			スポーツ歴				
身長	cm	体重	kg	利き手	右	左	

当院をどのように お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 看板 (入口・路上)	<input type="checkbox"/> 電話帳	<input type="checkbox"/> ホームページ ()
	<input type="checkbox"/> ご紹介⇒ご紹介者 (家族・知人・他院・その他【)		
	<input type="checkbox"/> 近所なので	<input type="checkbox"/> 通りがかり	<input type="checkbox"/> その他 ()

1. 症状のある場所 (右図) に○をつけて下さい。		
2. どのような症状でお困りですか？	痛い・しびれる・おもい・つっぱる・変形 腫れている・動きが悪い・冷える・骨折 その他 ()	
3. 症状が出た理由など 思い当たることはありますか？	交通事故 ・ 工作中的の事故 ・ 特になし どころが (部位) [] いつ頃から (時期) [] どうして (症状が出た理由) []	
4. 上記の症状で他の医院で受診したことはありますか？	病院名 (整骨院名) () 初めて受診した日 () 最終受診日 () 治療内容 () 本日他の整形外科や接骨院に受診していますか？ (はい ・ いいえ)	
5. 今までに大きな病気、けがをしたことがありますか？	なし ・ あり ()	
6. 現在治療中の病気はありますか？	高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・ペースメーカー使用中・肝臓病・腎臓病 その他 ()	
7. 現在何か薬を飲んでいますか？	なし ・ あり：それは何ですか？ ()	
8. 今までに薬、食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？	なし ・ あり：それは何ですか？ ()	
9. 女性の方へ 現在妊娠されている可能性はありますか？ または、授乳していますか？	妊娠： なし ・ あり ・ 分からない (可能性がある) 授乳： なし ・ あり	