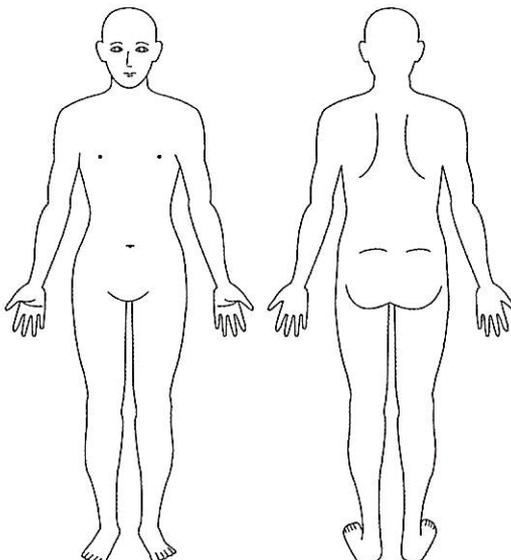


フリガナ		男 ・ 女	生年月日				
氏名			西暦	年	月	日 (才)	
住所	〒 ー						
電話番号		身長	cm	体重	kg	体温	℃

<p>● どのような症状ですか？ (○でお囲みください)</p> <p>痛み しびれ 動かしにくい はれ          その他 ( )</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
<p>● いつ頃からありますか？</p> <p>( ) から</p>	
<p>● きっかけは何ですか？</p> <p>転んだ ぶつけた ひねった 自然に          学校で 交通事故 工作中          その他 ( )</p>	
<p>● 今回の症状で医療機関を受診されましたか？</p> <p>いいえ はい (病院名 )</p>	
<p>● 過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？</p> <p>なし あり ( )</p>	
<p>● 現在、治療中の病気はありますか？</p> <p>なし あり (喘息 糖尿病 心臓疾患 脳血管障害 その他 ( ))</p>	
<p>● 現在、飲んでいるお薬はありますか？</p> <p>なし あり ( )</p>	
<p>● お仕事の内容</p> <p>デスクワーク 立ち仕事 力仕事 その他 ( )</p>	
<p>● お薬・食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p>なし あり ( )</p>	
<p>※女性の方 ● 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？</p> <p>いいえ はい (妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)</p>	
<p>● 当院をどちらでお知りになりましたか？</p> <p>ホームページ 病院なび 看板 知人の紹介 通りがかり その他 ( )</p>	

ご協力ありがとうございました。