

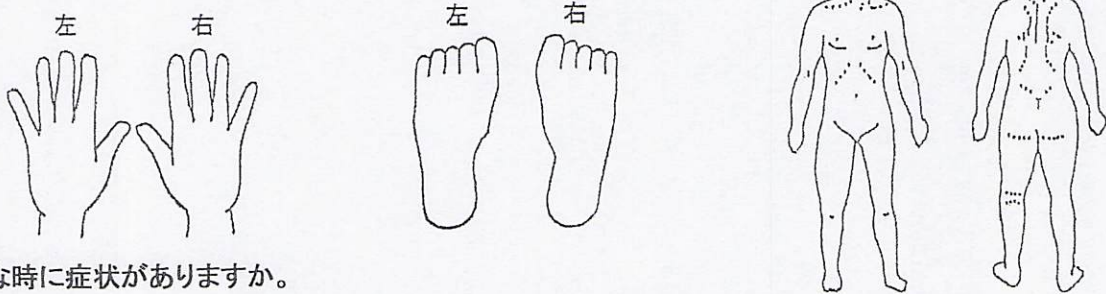
フリガナ			男	生年月日	明・大・昭・平・令		
氏 名	様		女	年	月	日生(歳)
住 所	(〒 _____)						
電話番号	自宅	(_____)	携帯	(_____)	-		
職業		身長	cm	体重	kg	体温	°C

☆ 診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします ☆

1. 本日はどのような症状で受診されましたか。

- ① いつから症状が出ましたか。 (_____)から
- ② どうして症状が出たのか思い当たる事がありますか。(はい・いいえ)
はいと答えられた方はご記入下さい。例)昨日、転んで膝を打った
(_____)
- ③ どこにどのような症状がありますか。
- ・ 痛い (腰 ・ 膝 ・ 肩 ・ 首 ・ 手 ・ 足 ・ 胸 ・ 背中)
 - ・ 腫れている (腰 ・ 膝 ・ 肩 ・ 首 ・ 手 ・ 足 ・ 胸 ・ 背中)
 - ・ 変形している (腰 ・ 膝 ・ 肩 ・ 首 ・ 手 ・ 足 ・ 胸 ・ 背中)
 - ・ しびれ (腰 ・ 膝 ・ 肩 ・ 首 ・ 手 ・ 足 ・ 胸 ・ 背中)
 - ・ その他 (_____)

④ 異常のある場所に○で印を入れて下さい。



⑤ どんな時に症状がありますか。
動かしたとき ・ 体重をかけた時 ・ 歩く時 ・ 動かさなくても ・ その他(_____)

2. 今までに大きな病気、現在治療を続けている病気がありますか。(はい・いいえ)
病名(_____)

3. 今までに大きな手術を受けたことがありますか。(はい・いいえ)
どのような手術ですか(_____)

4. ペースメーカーを装着されていますか。(はい・いいえ)

5. 現在服用している薬はありますか。(はい・いいえ)
服用している薬の名前 (わかる範囲でご記入ください: _____)

6. アレルギー体質ですか。(はい・いいえ)
はいと答えられた方はご記入下さい。(_____)

7. 女性の方へ:現在妊娠の可能性はありますか。(はい・いいえ)

8. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか。(知人や友人・広告・インターネット・タウンページ・その他 _____)