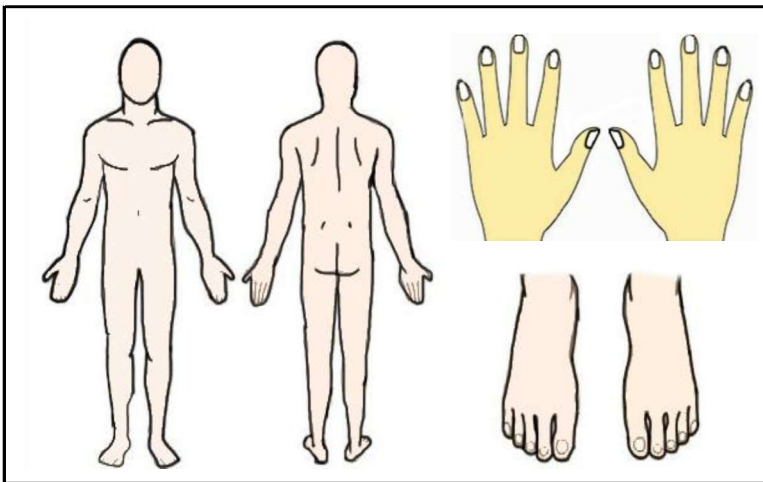


_____ 年 _____ 月 _____ 日

No. _____

ふりがな お名前	生年月日(和暦・西暦でも可能です) 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日		性別 男・女
			年齢 _____ 歳
ふりがな _____ ご住所			
電話	自宅 () -	携帯 () -	
緊急連絡先	続柄 () ① () -	② () -	

① 症状のある部位はどこですか？



② どのような症状ですか？

痛み しびれ 腫れ
 動きにくい
 その他 ()

③ いつ頃からですか？

例：2年前から

④ 思い当たる原因(きっかけ)を記載してください

⑤ スポーツ歴を記載してください

⑥ 現在、治療中の病気がありますか？ ※ お薬手帳があれば受付へお出しください

なし・あり 高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 胃炎/胃潰瘍
 脳疾患 緑内障 悪性腫瘍(がん) その他 ()

⑦ 今まで大きな手術を受けたことはありますか？ ※体内金属がある方も記入してください

なし・あり ()

⑧ 薬や注射、食べ物でアレルギーはありますか？

なし・あり ()

⑨ 女性の方、現在妊娠中ですか？

いいえ ・ 妊娠の可能性がある ・ 妊娠中である ・ 授乳中である(お子さんは何歳になりますか？ _____ 歳)

⑩ その他、不安なことや伝えたいことがあれば記載してください。
