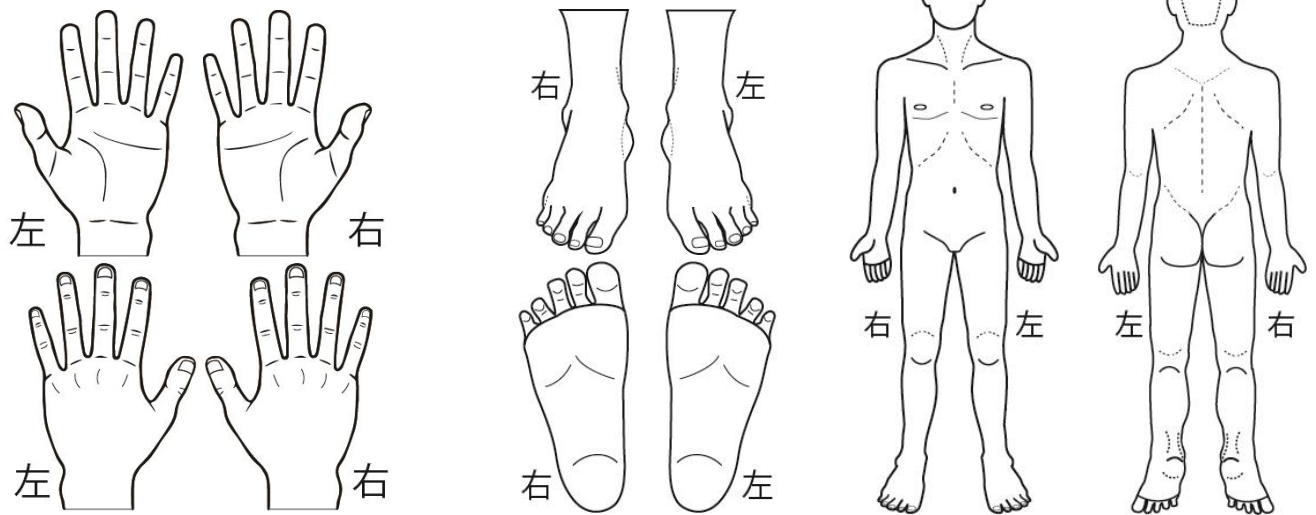


ふりがな		電話 (自宅)		-	-
名前		(携帯)		-	-
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳
〒					男・女
住所					
職業		趣味・運動			喫煙 無・有
身長	cm	体重	kg	アレルギー なし・あり()	

・患部はどこですか？ 図に○をつけて下さい



・どうしましたか？ ○をつけてください。

1. 痛い 2. しびれる 3. まひ 4. 重い感じ 5. 変形している 6. しこり
7. 腫れている 8. 骨密度希望 9. 足底板希望 10. その他 _____

・いつからですか？ _____

・原因は何ですか？ _____

・どうした時に症状が出ますか？ 1. 常に 2. その他 _____

・今回の症状でどこかにかかられていましたか？ いいえ・はい _____

・現在、服用中のお薬はありますか？ いいえ・はい _____

・既往歴はありますか？

1. なし 2. 高血圧 3. 糖尿病 4. 脳卒中 5. 心疾患 6. 胃潰瘍 7. 腎疾患
8. 透析 9. 喘息 10. その他 _____

<当院を何で知りましたか？>

1. 知人の紹介 2. 通りがかりに見つけて 3. インターネット 4. 他院より紹介 5. その他()