

ふりがな	電 (自宅)	-	-
名前	話 (携帯)	-	-

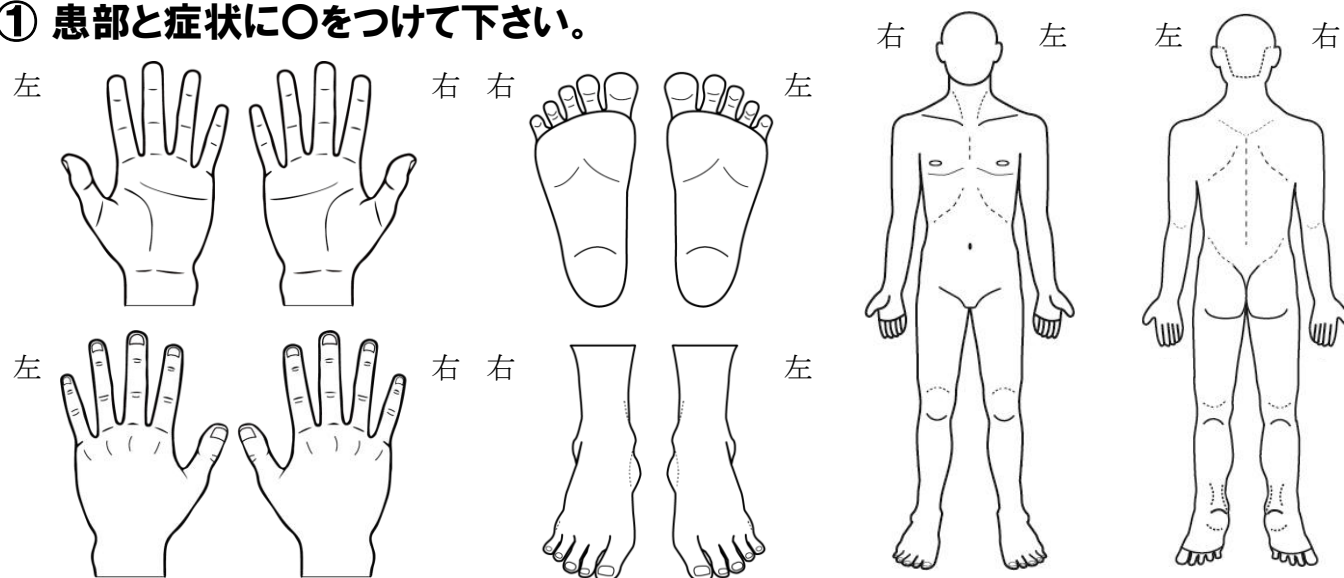
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳	男・女
------	---------	---	---	---	---	-----

住所	〒 _____				
----	---------	--	--	--	--

職業	趣味・運動	喫煙	無・有
----	-------	----	-----

身長	cm	体重	kg	アレルギー ()
----	----	----	----	-----------

① 患部と症状に○をつけて下さい。



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. 骨密度検査 9. 足底板希望 10. その他 _____

② いつからですか? _____

③ 原因は何ですか? _____

④ どうした時に症状が出ますか? 1. 常に 2. その他 _____

⑤ 今回の症状で他院を受診していますか? いいえ・はい _____

⑥ 服用中のお薬はありますか? いいえ・はい _____

⑦ あてはまる既往歴はありますか?

1. ない 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 _____

⑧ 初めて来院した方は、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 _____

※ ご記入後は受付までお持ちください。※