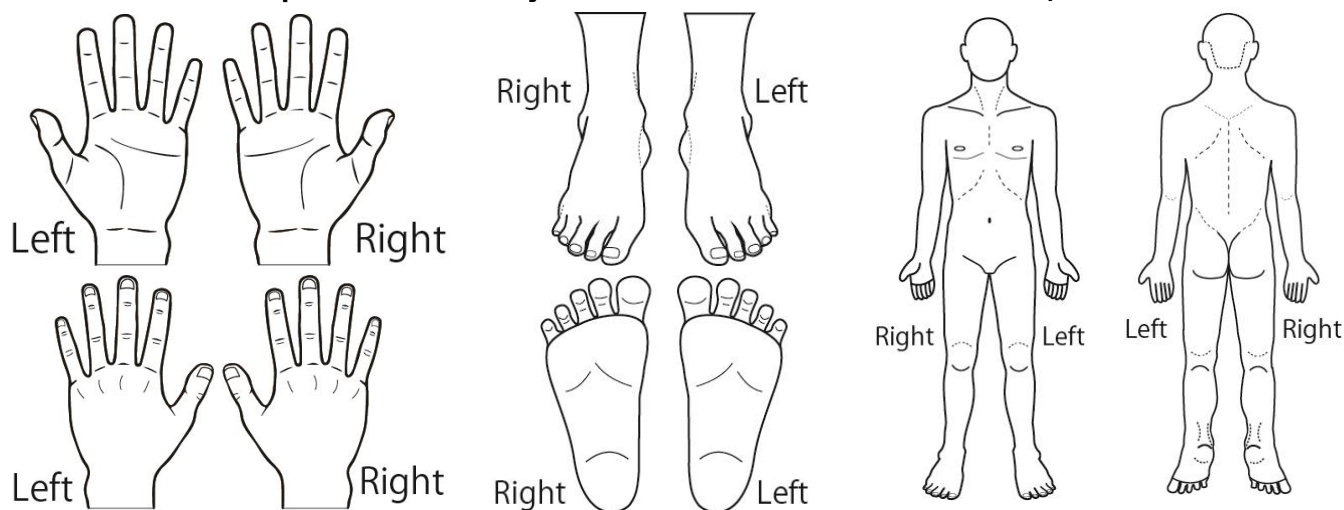


ふりがな		Landline phone 電話		-	-
Name		Mobile phone 携帯		-	-
Day of birth	year	month	day	Years old	Male • Female
〒                      -					
Address					
Job		Hobby•Sports		Smoking No • Yes	
Height	cm	Weight	kg	Allergies アレルギー No • Yes(                      )	

•Where is the affected part of the body? 患部はどこですか? ※Circle on the picture.



•What are you symptoms? どうしましたか ※Circle on the picture.

1. pain 痛み 2. numbness しびれ 3. paralysis まひ 4. heavy 重い 5. deformation 変形  
 6. lump しこり 7. swelling はれもの 9. other その他 \_\_\_\_\_

•When is the symptoms start? いつからですか \_\_\_\_\_

•what is the reason? 原因は何ですか \_\_\_\_\_

•When do you feel symptoms?いつ症状が出ますか 1. Everytime 2. Other \_\_\_\_\_

•Have you ever see any doctor?どこかかかられていますか? No • Yes \_\_\_\_\_

•Are you currently taking medication? 服用中のお薬はありますか No • Yes \_\_\_\_\_

•What illnesses have you had in the past? 既往歴はありますか?

1. No なし 2. high blood pressure 高血圧 3. diabetes 糖尿病 4. stroke 脳卒中  
 4. heart disease 心疾患 6. Stomach ulcer 胃潰瘍 7. kidney disease 腎疾患  
 8. Dialysis 透析 9. Asthma ぜんそく 10. other その他 \_\_\_\_\_

•How do you know this clinic? 当院を何で知りましたか? \_\_\_\_\_