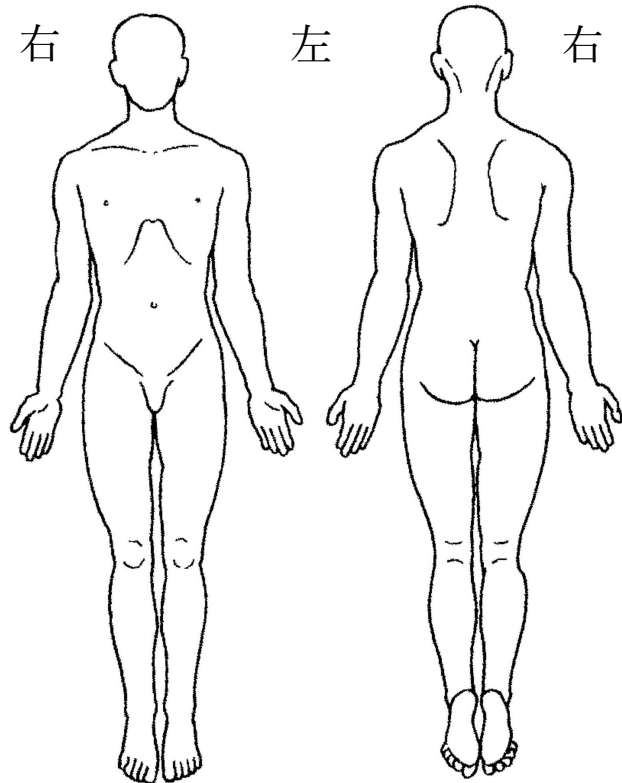


★ 生年月日・住所・電話番号は必ずご記入下さい。

フリガナ 氏名	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 年齢 歳
住所 〒 -	ご職業 身長 cm 体重 Kg
電話番号 ( ) -	緊急連絡先 ( ) -

1 どの部位が悪いですか？

2 受診の理由はなんですか？



- ケガをした 痛みがある しびれる
- 動きが悪い 変形している
- リハビリの希望 (希望 \_\_\_\_\_ 先生)
- 体外衝撃波治療 骨粗鬆症検査
- 体組成計検査
- 受診をすすめられた → どこから紹介されましたか？  
親善病院・知人・ \_\_\_\_\_

- 当院のホームページをみた 当院の広告をみた

3 症状は、いつから出ましたか？思い当たる原因はありますか？ (必ずご記入ください。)

4 いままでに大きな病気、ケガをしたことがありますか？ 特にない

5 現在、治療中の病気はありますか？ 特にない

- 高血圧 糖尿病 心臓病 ペースメーカー使用中 肝臓病 腎臓病
- 高脂血症 その他 \_\_\_\_\_

6 現在なにか薬を飲んでいますか？ 特にない

ある → 今飲んでいるくすり

7 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか？ 特にない わからない

薬のアレルギーがある (くすりの名前 \_\_\_\_\_) 麻酔のアレルギーがある

8 女性の方への質問です。

妊娠していない 妊娠している わからない

ありがとうございました。