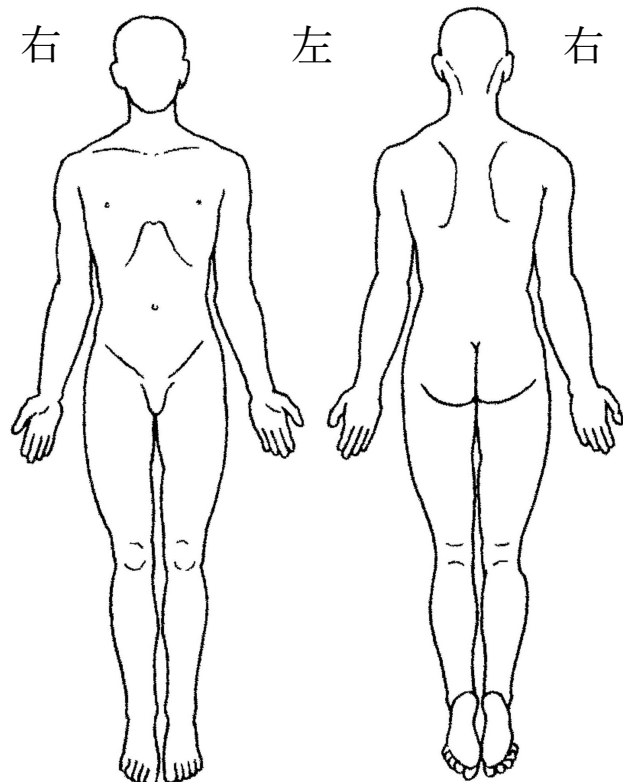


★ 生年月日・住所・電話番号は必ずご記入下さい。

| | | |
|------------|-------------|-----------------------------------|
| フリガナ 氏名 | □男 □女 | 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 (希望の先生 _____ 先生)
- 体外衝撃波を試したい 骨粗鬆症の検査希望
- 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
- 当院の屋外広告 (駅、道路) 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？

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、薬を飲んでいますか？ 特にない

あり → 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。 Aug.19