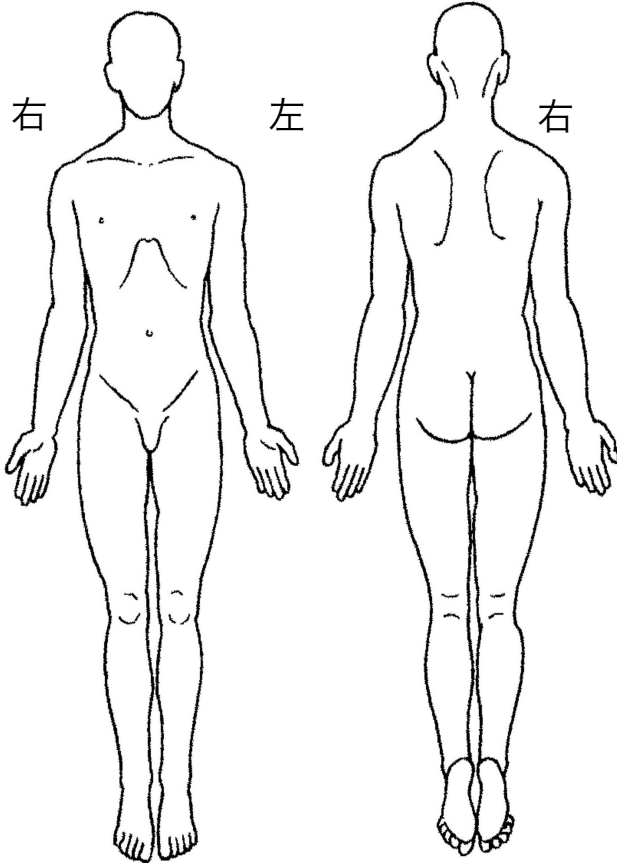


★ 生年月日・住所・電話番号は必ずご記入下さい。

フリガナ 氏名	生年月日 大正・昭和・平成 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？

図に○をつけて下さい。



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  
 その他  
 ( )

- リハビリの希望     骨粗鬆症の検査  
 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、何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