

ふりがな		男	生 年 月 日		
氏 名	様	女	大・昭・平・令	年	月 日
現住所	〒		電話番号 (自宅)	()	
			携帯電話	-	-

次の項目を読み、該当する□に✓印をつけてください。

●本日、発熱やかぜ症状はありますか。 □ない □ある

●身長 (cm) ●体重 (kg) ●職業 ()

●どのような症状ですか。 (例) 右肩が痛い

●症状のでているところはどこですか (押して痛いところも)。

右の図に○をつけてください。

●発症 (受傷) 日はいつですか。

□ (年 月 日)

□ () 日前 □ () 週間前 □ () か月前

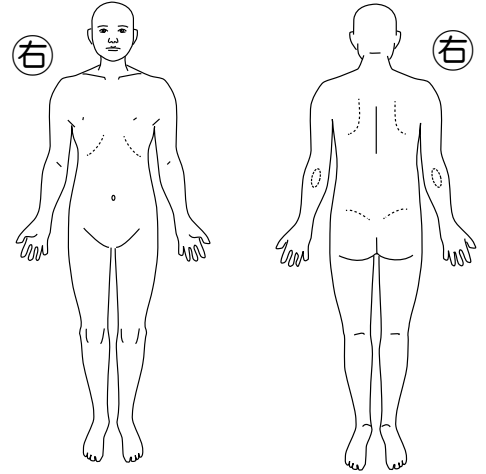
●原因はありますか。

□ わからない □ スポーツ中

□ その他 ()

□ 仕事中・通勤中のけが □ 学校内・通学中のけが

□ 交通事故 (事故日 年 月 日)



●現在治療中の病気はありますか。

□ ない □ ある (病名)

●手術を受けたことがありますか。

□ ない □ ある (詳細について:)

●現在飲んでいるお薬はありますか。

□ ない □ ある (薬剤名)

お薬手帳 □ ない □ ある

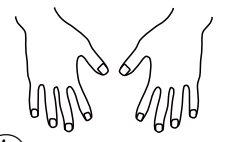
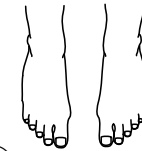
●体の中に金属はありますか。

□ ない □ ペースメーカー □ 人工関節 (部位:)

□ 動脈瘤クリップ

●感染症といわれたことはありますか。

□ ない □ B型肝炎 □ C型肝炎 □ 梅毒 □ その他



◎自費 (保険外診療) の疼痛治療、ファシアリリースを希望しますか。

□ 希望する

女性の方のみ、該当する□に✓印をつけてください。

●妊娠中ですか。 □ いいえ □ はい □ 可能性がある

●授乳中ですか。 □ いいえ □ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出お願いします。