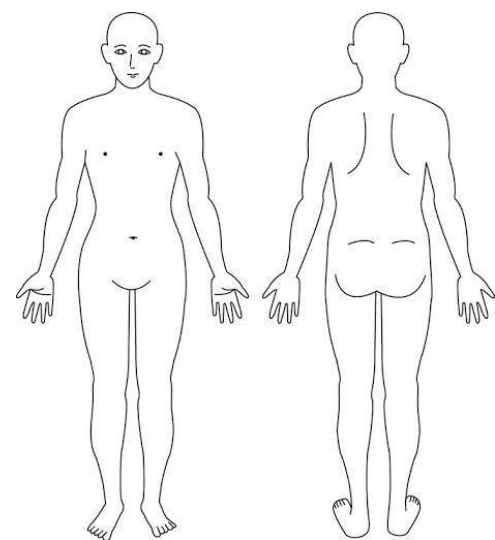


フリガナ		男・女	生年月日		
氏名			年	月	日
住所	〒 ー				
電話番号					
身長		cm	体重		kg

<p>どのような症状ですか？ <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれる <input type="checkbox"/>動きにくい <input type="checkbox"/>腫れている <input type="checkbox"/>何かできている <input type="checkbox"/>つっぱる <input type="checkbox"/>傷がある <input type="checkbox"/>捻挫 <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>やけど <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>症状はいつ頃からありますか？ 約 ()日 週間・ヶ月・年前から</p> <p>症状が出たきっかけは何ですか？ <input type="checkbox"/>落ちた <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった <input type="checkbox"/>運動中 <input type="checkbox"/>切った <input type="checkbox"/>はさんだ <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>工作中 <input type="checkbox"/>原因不明 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>最近、外国に行かれましたか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
現在、飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる ()	
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ピリン <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> その他)	
体に金属は入っていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 部位 ()	
ペースメーカーは入っていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
下記の病気に掛かったことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある【高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> がん(悪性腫瘍) <input type="checkbox"/> 心療内科的疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()】	
当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 病院紹介サイト <input type="checkbox"/> Googleマップ <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()	

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までお持ちください。