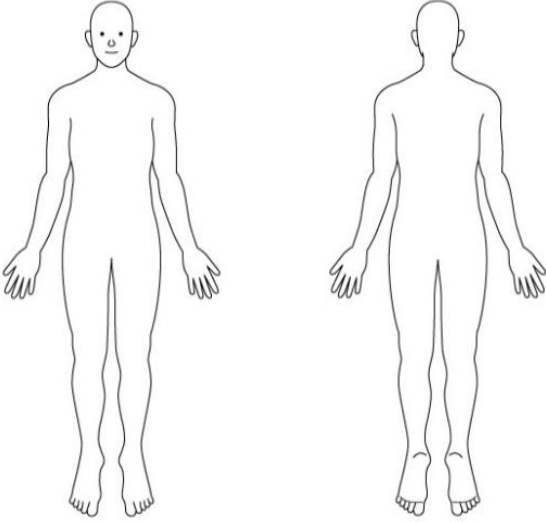


ふりがな		男 ・ 女	生年月日
お名前		歳	大・昭・平・令 年 月 日

ご住所 電話番号	<input type="checkbox"/> 変わりなし		
	<input type="checkbox"/> 変わった	※新しいご住所・電話番号の記入をお願いします	
	〒 _____	自宅電話	_____ - _____
		携帯電話	_____ - _____

■症状があるのはどこですか？		■どのような症状ですか？		
 <p>前 後</p>		<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> しびれる	<input type="checkbox"/> つっぱる
		<input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> 動きが悪い	<input type="checkbox"/> 音がする
		<input type="checkbox"/> 力が入らない	<input type="checkbox"/> 形がおかしい	<input type="checkbox"/> 重たい
		<input type="checkbox"/> けがをした	<input type="checkbox"/> 交通事故	
		<input type="checkbox"/> 学校のけが	<input type="checkbox"/> 仕事中のけが (労災)	
		<input type="checkbox"/> その他		
		■いつ頃からですか？		
		(_____) 頃から		

■現在治療中の 病気	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他
■内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※お薬手帳をお願いします
■手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 金属 (ボルト、ステントなど) <input type="checkbox"/> 人工関節
■介護保険証	<input type="checkbox"/> 介護認定なし <input type="checkbox"/> 介護認定あり ※介護保険証をお持ちの方はお出してください。
■アレルギー	薬品・その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
■女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 授乳中

■家族の既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 (父・母・兄弟)	<input type="checkbox"/> 心臓病 (父・母・兄弟)
	<input type="checkbox"/> 高脂血症 (父・母・兄弟)	<input type="checkbox"/> 癌 (父・母・兄弟)
	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (父・母・兄弟)	<input type="checkbox"/> 骨折 (父・母・兄弟)
	<input type="checkbox"/> その他	