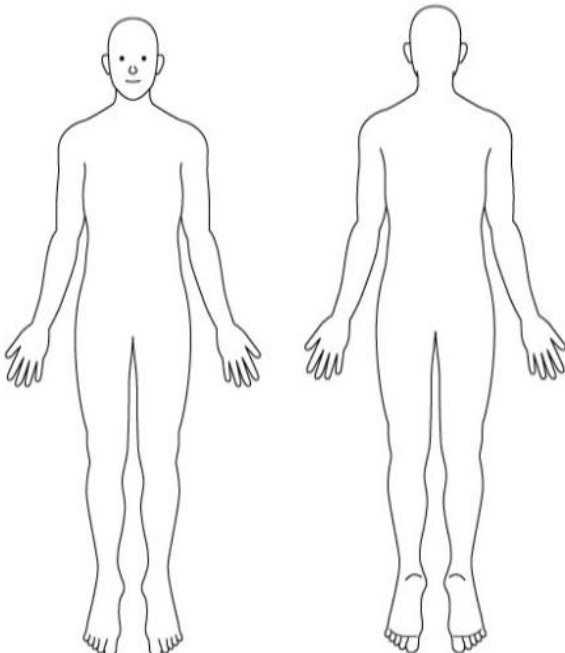


ふりがな	男・女	生年月日
お名前	歳	大・昭・平・令 年 月 日

ご住所	<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		
電話番号	〒	-	携帯電話	-	-
			自宅電話	-	-

■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"/> 何かできている <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 骨密度検査 [] <input type="checkbox"/> 傷がある (出血 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) []
	■症状が出たきっかけは何ですか？
	<input type="checkbox"/> けが (スポーツ・転倒など) <input type="checkbox"/> 原因不明 <input type="checkbox"/> 学校のけが <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 交通事故 (事故日:) [] <input type="checkbox"/> 工作中的けが (労災) []
	■いつ頃からですか？
	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 数日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> 1か月以上前
	■リハビリ希望 (理学療法)
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 相談したい <input type="checkbox"/> わからない
■紹介状をお持ちですか？ (CD-R、診断書など)	■プラセンタ希望 (どのような目的ですか？)
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 美容 <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> その他

■既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 喘息 (歳頃) <input type="checkbox"/> 高血圧 (歳頃)
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (歳頃) <input type="checkbox"/> 心臓病 (歳頃) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (歳頃)
	<input type="checkbox"/> 腎臓病 (歳頃) <input type="checkbox"/> その他(病名: 歳頃)

■内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。 <input type="checkbox"/> お薬手帳忘れ (お薬:)
-------------	---

■手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (何歳ごろ: 手術:) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 金属 (ボルト、人工関節など)
-------------	---

■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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品・食べ物・その他 ()
---------------	--

■女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
--------------	--

■家族の既往歴	<input type="checkbox"/> とくになし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 心臓病 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 高血圧 (父・母・兄弟)
	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 癌 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 高脂血症 (父・母・兄弟)
	<input type="checkbox"/> 腎臓病 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> 骨折 (父・母・兄弟) <input type="checkbox"/> リウマチ (父・母・兄弟)