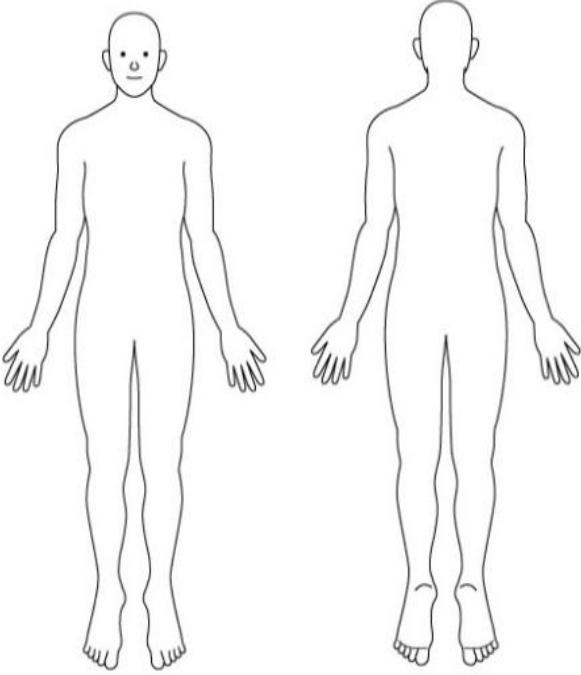


ふりがな	男・女	生年月日
お名前	歳	大・昭・平・令 年 月 日

変わりなし  
 変わった ※新しいご住所・電話番号の記入をお願いします

ご住所 〒 - 携帯電話 - -  
 電話番号 〒 - 自宅電話 - -

■症状があるのはどこですか？



前 後

■どのような症状ですか？

痛い                       何かできている                       爪切り  
 しびれる                       アレルギー                       その他  
 腫れている                       骨密度検査 [                      ]  
 傷がある (出血 あり なし)

■症状が出たきっかけは何ですか？

けが (スポーツ・転倒など)                       原因不明  
 学校のけが                       その他  
 交通事故 (事故日:                      ) [                      ]  
 仕事中のけが (労災)

■いつ頃からですか？

今日     数日前     1週間前     1か月以上前

■リハビリ希望 (理学療法)

はい     いいえ     相談したい     わからない

■紹介状をお持ちですか？ (CD-R、診断書など)

はい     いいえ

■プラセンタ希望 (どのような目的ですか？)

アレルギー     美容     更年期     その他

■既往歴

なし                       喘息 (                      歳頃)                       高血圧 (                      歳頃)  
 糖尿病 (                      歳頃)                       心臓病 (                      歳頃)                       高脂血症 (                      歳頃)  
 腎臓病 (                      歳頃)                       その他(病名:                      歳頃)

■内服薬

なし     あり ※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。  
 お薬手帳忘れ (お薬:                      )

■手術歴

なし     あり (何歳ごろ:                      手術:                      )  
 ペースメーカー                       金属 (ボルト、人工関節など)

■介護保険証

介護認定なし     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

なし     あり    薬品・食べ物・その他 (                      )

■女性の方

妊娠していない     妊娠中     授乳中

とくになし     不明     心臓病 (父・母・兄弟)     高血圧 (父・母・兄弟)

■家族の既往歴

脳卒中 (父・母・兄弟)

癌 (父・母・兄弟)

高脂血症 (父・母・兄弟)

腎臓病 (父・母・兄弟)

骨折 (父・母・兄弟)

リウマチ (父・母・兄弟)