

フリガナ		男	生年月日	年齢	職業
氏名			明治・大正・昭和・平成	歳	
		女	年 月 日		
住所	〒			TEL	
勤務先	※上記以外に連絡希望の方 〒			TEL	

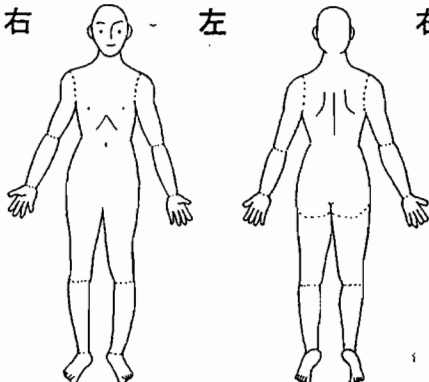
【1】ケガや症状の原因は何ですか？

工作中 通勤途中 交通事故 その他

【2】どうなさいましたか？診て欲しい箇所に○を付けて下さい。

いつ頃から何が原因でどのような症状かご記入下さい。

右 左 右



いつ頃から

どのような症状か

何が原因か

【3】その部位に対して、以前治療を受けたことがありますか？

はい いいえ

【4】薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか？

はい() いいえ

【5】現在治療中の病気はありますか？また飲んでる薬はありますか？

はい() いいえ

【6】女性への質問です。

①現在妊娠中ですか？またその可能性はありますか？

はい(月) いいえ

②現在授乳中ですか？

はい いいえ

【7】55歳以上の方への質問です。骨の年齢を測る骨密度測定を希望されますか？

はい いいえ

【8】当院をどこで知りましたか？

ホームページ 駅の看板 チラシ 近所 知人()
その他()