

ふりがな _____

生年月日 _____

氏名 _____

男・女

大正・昭和・平成・令和

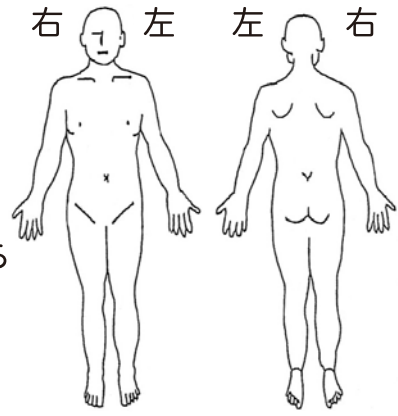
住所 〒 _____

年 月 日

電話番号 (_____) _____ 携帯番号 _____

ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

診察のため、以下の項目についてご記入ください。



- 1. 本日来られた症状はなんですか？
(_____)
- 2. どの部位ですか？ 右の図に○をつけて下さい。
- 3. いつ頃から続いていますか？ (_____) から
- 4. 思い当たる原因は？ ない ・ ある
(_____)

5. 現在もしくは過去に今回の症状で他の病院や整骨院などで治療(施術)を受けられたことがありますか？

いいえ ・ はい ※はいと答えた方へ・・・いつごろ？ (_____)

※病院・医院・整骨院名 (_____)

※治療(施術)内容 (レントゲン・MRI・CT 撮影した ・ していない
投薬あり ・ なし / 注射した ・ していない)

6. 現在までに次の病気にかかったことがありますか？ ※病気がない方は → なし

高血圧 糖尿病 心臓病 (不整脈・心筋梗塞・狭心症など) 胃潰瘍 癌

肝臓病 腎臓病 喘息 アレルギー疾患 (_____)

脳疾患 (脳梗塞・脳卒中など) その他 (_____)

7. 喫煙について教えてください。

吸わない 吸う (1日 _____ 本を _____ 年間) 禁煙した (_____ 年前)

8. 現在治療中で、飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳や薬剤情報があればご持参下さい。

いいえ ・ はい (くすりの名前 _____)

9. 今までにのみ薬や注射などで、副作用がおきたことはありますか？

いいえ ・ はい (くすりの名前 _____ 症状 _____)

10. 今までに病気やけがで、手術を受けたことがありますか？

いいえ ・ はい (何の手術ですか？ _____)

※はいと答えた方へ・・・体内に金属は使われましたか？

いいえ ・ はい (人工関節・ペースメーカー・ _____)

11. 歯医者などで麻酔を用いて気分が悪くなったことはありましたか？

いいえ ・ はい (症状 _____) ・ 受けた事がない

12. 女性のみにお聞きします。

現在妊娠している もしくは、妊娠の可能性はありますか？ 授乳中ですか？

いいえ ・ はい ・ 可能性がある いいえ ・ はい

