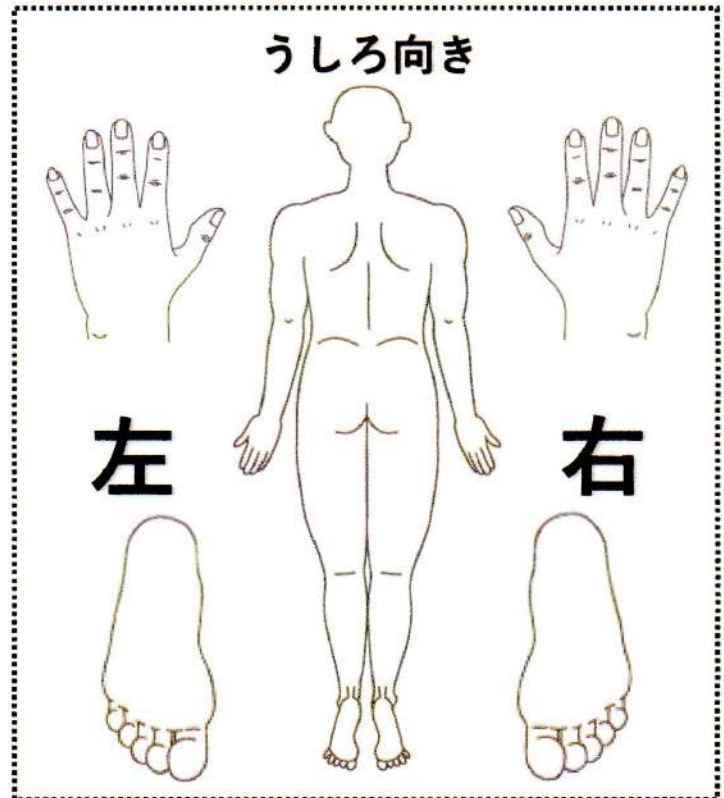
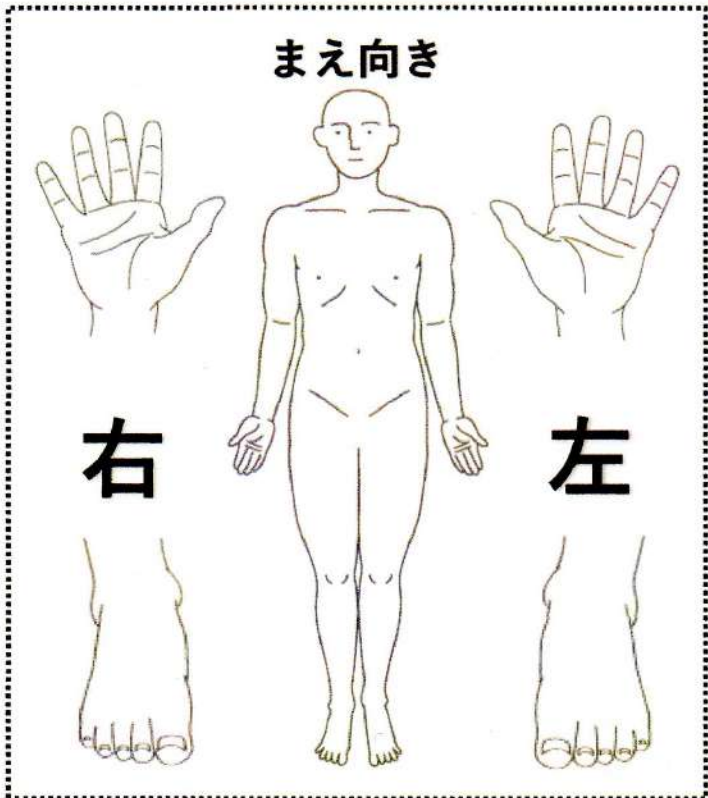


ふりがな		性別	男	生年月日	大正・昭和・平成・令和		
お名前			女		年 月 日(歳)		
ご住所	〒						
電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)						
職業	身長	cm	体重	kg	スポーツ歴		

症状のある部位に○や/////などで印をつけて下さい



工作中、通勤中の出来事ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	労災申請しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
交通事故での出来事ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	事故発生日 年 月 日
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> はれ <input type="checkbox"/> 動かない <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> キズ <input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> 骨密度を測りたい <input type="checkbox"/> その他 ()
それはいつからですか	<input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃
思い当たる原因はありますか	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
この症状で他院を受診しましたか	<input type="checkbox"/> 受診していない <input type="checkbox"/> 以前受診した <input type="checkbox"/> 今も受診してる 病院・医師名 ()
紹介状はお持ちですか	<input type="checkbox"/> 紹介状のみあり <input type="checkbox"/> 紹介状とDISCあり <input type="checkbox"/> 紹介状なし
現在かかっている病気や 今までに受けた手術はありますか	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他() 手術名() いつ頃 年 月頃
服用しているお薬はありますか	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
薬や注射にアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
ペースメーカー、人工関節など 身体の中に金属は入っていますか (刺青やアートメイクの金属粉も含む)	<input type="checkbox"/> はい () <input type="checkbox"/> いいえ
現在妊娠中、授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 可能性あり
当院を受診したきっかけはなんですか	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> バスのアナウンス