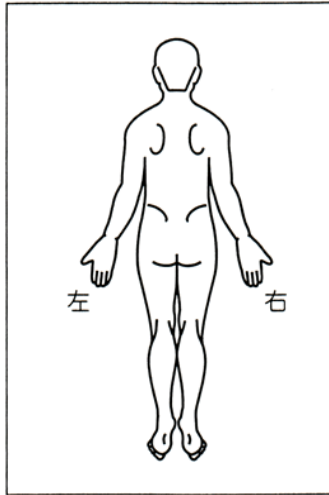
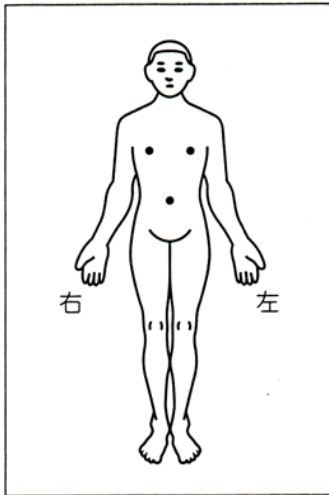


初めて診察を受けられる患者さまに 治療上の参考にいたしますので、お手数ですがご協力下さい。

ふりがな		年齢	満 () 歳
おなまえ		性別	男性 ・ 女性
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
おところ	〒 -		
電話番号	() -	緊急連絡先(家族様)	() - ()様方

●どのような症状でしょうか？下の人体図に○印などで記入下さい。



- けがをした
- しびれる
- その他（下に具体的に記入下さい）
[_____]
- いたい
- はれている
- いつ頃からでしょうか？
- _____月 _____日から
- 約 _____前から
- それには思い当たる原因はございますか？
- ない・わからない
- ある（例 仕事中荷物を持った瞬間痛みが走った）
[_____]

●同様の症状で今までに治療を受けられましたか（接骨院・鍼灸院での治療も含む）？

- いいえ
- はい [_____] (病院・医院・接骨院)

●現在治療中又は過去に治療を受けた病気は他にございますか？

- ない
- ある
- 高血圧症
- 狭心症または心筋梗塞
- 不整脈
- 糖尿病
- 高脂血症
- 胃・十二指腸潰瘍
- 腎臓病
- 慢性関節リウマチ
- その他 [_____]

●体内金属・ペースメーカー・いれずみなどはありますか？

- いいえ
- はい (箇所: _____)

●ご家族にリウマチの方はおられますか？

- いいえ
- はい

●現在なにかお薬を飲まれていますか？

- いいえ
- はい [_____]

●今までに手術や大きな病気のご経験はございますか？

- いいえ
- はい (病名: _____) (_____歳頃)

●過去に、お薬や歯科の麻酔薬、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を起こしたことはございますか？

- ない
- ある (アレルギーの原因と思われるもの _____)

●女性の方におうかがいたします。

- 妊娠について
- ない
- 妊娠している (_____週)
- 妊娠している可能性がある (最終生理開始日 _____月 _____日頃)

- 現在母乳で授乳中ですか？
- いいえ
- はい

●介護保険証をお持ちですか？

- いいえ
- はい

●現在介護サービスを受けていますか？

- いいえ
- はい
- デイサービス
- ヘルパーサービス
- 通所リハビリ
- その他 (_____)

●明細書は必要ですか？

- いいえ
- はい