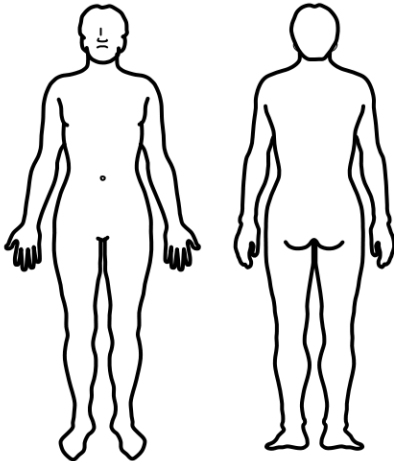


おわかりになる範囲で結構ですので、記入をお願いいたします。

平成 年 月 日

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------|---|---|-------|
| フリガナ | | | | 男・女 |
| お名前 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日(歳) |
| ご住所 | 〒 — | | | |
| 電話番号 | () — () — () | | | |
| e-mail | | | | |
| ご職業 | | | | |
| スポーツ歴 | | | | |
| 当院をお知りになったきっかけ ()様の紹介・インターネット・その他 | | | | |

具合が悪い箇所を○して下さい



●どうされましたか。()に箇所、該当するものに○して下さい。

()が痛い しびれる 動かしにくい

()が痛い しびれる 動かしにくい

()が痛い しびれる 動かしにくい

●それはいつ頃からですか。該当するものに○して下さい。

今日 昨日 2日前 1週間前 その他()

●どこで起こりましたか。該当するものに○して下さい。

ご自宅 ご自宅以外()

●何をしていた時ですか。

()

●どのようになりましたか。

()

●以前と比べて普段の生活でしにくくなったことがありますか。該当するものに○して下さい。

上着を着る 靴下をはく 顔を洗う 頭を洗う 後に手を回す 階段の昇り降り

椅子に座る・立ち上がる その他()

●当院に来院されるまでに医療機関にかかられましたか。

はい いいえ

●今までに大きな怪我や病気をされたことはありますか。

ある ない

ある方は具体的に書いて下さい。

()

()

●現在、他の医療機関に通院されていますか。

はい いいえ

●該当する項目はありますか。あれば○して下さい。

ペースメーカー・人工骨頭・人工関節のいずれかが入っている

糖尿病 高血圧 心疾患 肝疾患 腎疾患 関節リウマチ 尿障害 がん

◎通常の施術に加えて必要があれば保険適用外の施術(はり・きゅう、スポーツマッサージなど)を希望されますか。

希望する 希望しない わからない

◎症状によっては保険適用できない場合があります。この場合保険適用外の施術となります。