

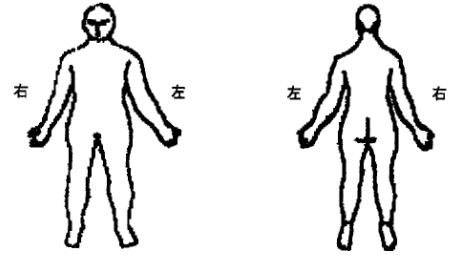
I D

ふりがな .....  
 お名前 ..... 男 女 .....  
 生年月日 T. S. H. R. 年 月 日 (才) .....  
 ご住所 .....  
 電話番号(自宅) ..... 携帯番号 .....

I D

1. どのような症状がありますか。部位に○をつけて下さい。

- イ、痛い                      ロ、力が入らない
- ハ、しびれる                ニ、腫れている
- ホ、動きが悪い            ヘ、重い
- ト、音がする               チ、つっぱる
- リ、傷                        ヌ、やけど                ル、その他



2. いつからですか。原因がありましたらお書き下さい。

3. この症状で他の病院などを受診されていますか。

いいえ はい(病院名 )

4. いままでに大きな病気にかかったことがありますか。

糖尿病 喘息 その他( )  
 現在お薬を飲んでいますか。 いいえ はい(薬名 )

血液が固まりにくくなるお薬(抗凝固剤)を飲んでいますか。 いいえ はい  
 いままでに手術を受けた事がありますか。 いいえ はい(いつ 手術名 )

5. お薬のアレルギーはありますか。

いいえ はい(薬名 )

6. 妊娠されていますか。

いいえ はい( 週目) ※可能性のある方もお声かけください。

7. 交通事故または仕事上のけがですか。

いいえ はい(自賠責〈交通事故〉・ 労災)

8. 当院を知ったきっかけを教えてください。

インターネット 知人からの紹介 家族が通院していた 電話帳  
 駅の看板 広告 家が近いから その他

9. ペースメーカーは装着していますか？ いいえ はい