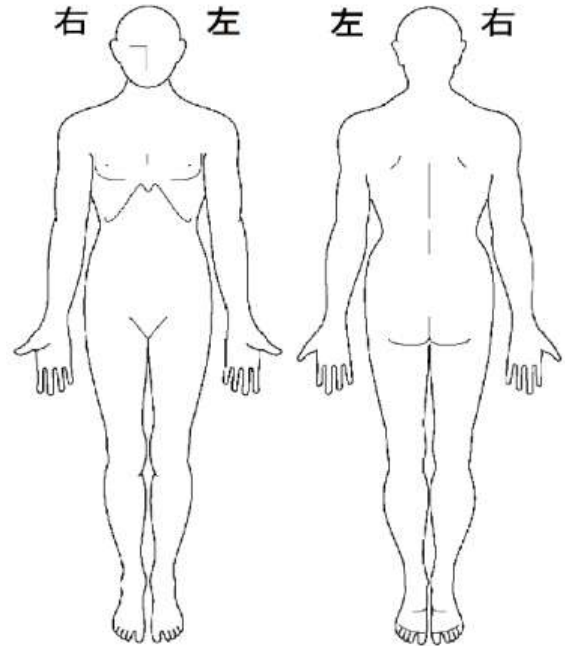
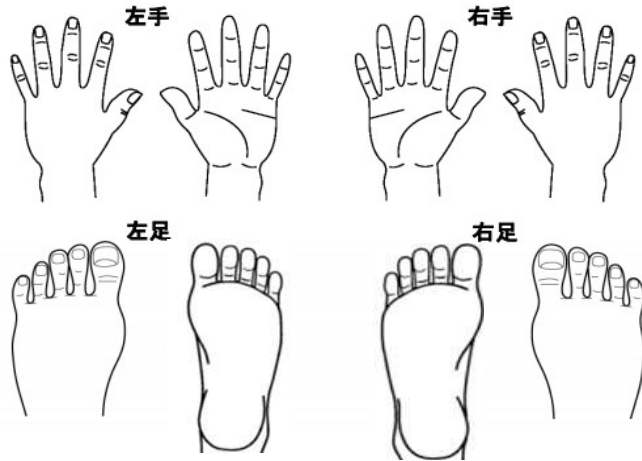


氏名				体重 (小児のみ)	約	Kg
性別	男 ・ 女	年齢	歳	学年	小 ・ 中 ・ 高 ・ 大	年生

1. 症状のある部位に○を付けてください。

首 / 肩 / 背中 / 肋骨 / 肘 / 手 /
腰 / 股関節 / 膝 / 足 / その他



2. いつ頃から悪くなりましたか？

_____月_____日 _____日前 _____週間前 _____か月前 _____年前

3. 具体的にどのような症状がありますか？

痛み / しびれ / 腫れ / 動きが悪い / 変形 / 出血 / その他

4. 思い当たる原因はありますか？ ※交通事故・労災の可能性のある方は受付にお申し出ください

転倒、けが / スポーツ / 交通事故 / 仕事 / 使いすぎ、疲労 / 不明

5. 同じ症状について、他院で治療や検査を受けたことはありますか？

はい (医療機関名: _____) / いいえ

6. 定期的に行っているスポーツや習い事はありますか？

(_____)

7. 差し支えなければ、お仕事内容を教えてください (デスクワーク、立ち仕事 等)

(_____)

8. これまでにかかった病気や手術歴、または現在治療中の病気はありますか？

高血圧 / 糖尿病 / 喘息 / 胃潰瘍 / 十二指腸潰瘍 / 逆流性食道炎 / 腎臓病
肝臓病 / リウマチ / 人工関節 / 痛風 / 脳梗塞、脳卒中 / がん、腫瘍
婦人科疾患 / 心臓病 (不整脈、ペースメーカー) / その他 (_____)

9. 服用している薬はありますか？ ※お薬手帳があれば受付にお出してください

はい (お薬名: _____) / いいえ

10. 薬のアレルギーはありますか？

はい (お薬名: _____) / いいえ

<65歳以上の方にお尋ねします>

11. 介護保険の認定を受けていますか？

はい (要介護・要支援) / いいえ / 申請中

<女性の方にお尋ねします>

12. 現在妊娠または授乳中ですか？

はい / いいえ