

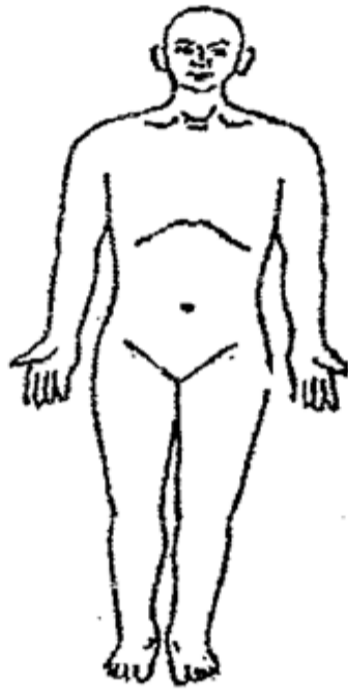
(フリガナ)

氏名 生年月日 M T S H R 年 月 日 年齢

職業: デスクワーク・営業・立ち仕事・重労働・その他()

住所: 電話: - -

- 1. どこが具合悪いですか。痛い所・しびれ・はれている所に印をつけてください。
 (痛いところには × しびれる所には △ はれている所には □)
 ・具体的な症状をお書きください



- 2. いつ頃からですか？
 (今日・昨日・ 日前・ 週前・ ヶ月前・ 年前・かなり以前より)

- 3. 原因はありますか？ (はい ・ いいえ)
 ・具体的にお書きください()
 ・スポーツの場合: 種目()所属()
 ・仕事の場合(労災にする・しない・わからない)

- 4. 同様の症状で、他医を受診していますか？ (通院中 ・ 通院歴あり ・ どちらもなし)

- 5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (ある ・ なし)
 あると答えた方: 薬品名()食べ物()

- 6. 今まで大きい病気や手術をしたことがありますか？ (ある ・ なし)
 あると答えた方 → ()

- 7. 体内に金属類が留置されていますか？ (ある ・ なし)
 あると答えた方 → (ペースメーカー・人工関節・人工弁・クリップ類・その他)

- 8. 現在、治療中の病気がありますか？ (はい ・ いいえ)
 病名: 高血圧・高脂血症・糖尿病・気管支喘息・骨粗鬆症
 その他()

- 9. 現在、内服中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ ・ お薬手帳を持参している)
 はいと答えた方: 薬品名()

- 10. 女性の方のみお答えください
 ・妊娠中ですか (はい< ヶ月>・いいえ) ・授乳中ですか(はい・いいえ)

* 以下の検査を希望される方は☑チェックをしてください(保険適用)

- 骨粗しょう症(骨密度測定) (保険証/1割負担の方:140円 3割負担の方:420円)
- 動脈硬化(血管年齢測定) (保険証/1割負担の方:100円 3割負担の方:300円)