

初診 H / 月 日

紹介者

ふりがな

氏名 生年月日 大・昭・平 年 月 日 歳

〒 住所 職業 電話 ()

メールアドレス @

1. 現在痛む部分、または、過去に痛んだ部分など、当てはまる症状に○印を付けて下さい。

頭痛、肩こり、耳鳴り、めまい、ふらつき、不眠症、背中痛、五十肩(左・右)
手しびれ(左・右)、ひじ痛(左・右)、手首痛(左・右)、肝炎(B型・C型)
胃腸疾患(胃潰瘍・十二指腸潰瘍・そけいヘルニア)、腰痛、でん部痛(左・右)
椎間板ヘルニア(頸椎・腰椎)、股関節の痛み、足のしびれ(左・右)、ひざ痛(左・右)
アトピー性皮膚炎、メニエル症候群、高血圧、貧血、糖尿病、その他、(婦人科疾患)

- {
2. 今までにぎっくり腰になったことがありますか？ はい ・ いいえ
3. 過去に事故・骨折をしたことがありますか？ はい ・ いいえ
いつ頃 () どの部分 ()
4. 過去に病気・手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ
いつ頃 () どの部分 ()
5. 今現在、または、過去に何かスポーツをされていませんか？ はい ・ いいえ
いつ頃 小学・中学・高校・大学・現在 スポーツ名 ()
6. レントゲン・MRIを撮ったことがありますか？ はい ・ いいえ
いつ頃 () どの部分 ()
7. 現在、服用している薬はありますか？ はい ・ いいえ
服用している薬の種類はなんですか？ ()
8. 現在、風邪をひいていますか？ はい ・ いいえ

9. その他、気になる事などございましたらご記入下さい。

{

* 女性の方のみ、ご記入下さい。

1. 現在、生理中ですか？ はい ・ いいえ
2. 現在、妊娠中ですか？ はい ・ いいえ