

フリガナ		男		生年月日	
お名前		・	歳	大・昭・平・令	年 月 日
ご住所	〒 -			① 携帯電話 (- -)	
				② 自宅電話 (- -)	

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
お仕事	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()				
運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ウォーキング <input type="checkbox"/> マラソン <input type="checkbox"/> 野球 <input type="checkbox"/> バレーボール <input type="checkbox"/> バスケ <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> その他・趣味 ()				
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	授乳中	<input type="checkbox"/> はい	たばこ	<input type="checkbox"/> はい 身長 () cm 体重 () kg
既往歴	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 胃かいよう <input type="checkbox"/> 悪性脳腫 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	薬・食べ物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
内服薬	<input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬 <input type="checkbox"/> 骨の薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 痛風の薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬				

今日はどうされましたか？	症状のある場所に印をつけてください。
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> ねんざ・打撲 <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他	
思い当たる原因	
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 ()	
いつから症状がありますか？	
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () 週間前 <input type="checkbox"/> () ヶ月前 <input type="checkbox"/> () 年前	
受たい検査・治療などがありますか？ (ご希望に添えない事がありますのでご了承ください。)	
<input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 総合病院への紹介 (診察・CT・MRI)	
当クリニックをどこでお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> ・家族・知人・医師・他院 からの紹介 <input type="checkbox"/> ・看板・電話帳・ホームページ・広告 を見て <input type="checkbox"/> ・家・勤務先 が近い <input type="checkbox"/> その他 () ※該当を○で囲んで下さい	