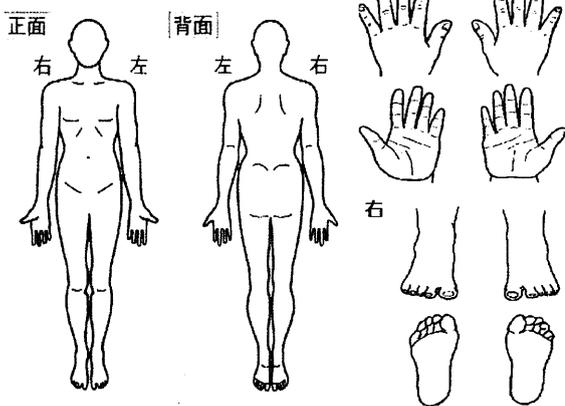


診療申込書

年 月 日

ふりがな		男	ご	学生（学校名： _____ ）
お名前		・	職	会社員・自営業・主婦・なし
		女	業	（ デスクワーク ・ 重労働 ）
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日 歳
身長	cm	体重	kg	血液型 型
住所	〒 _____			TEL _____
				携帯 _____

1. 下図で診療を受けたいところに○をつけてください。



7. 今までに薬や注射・食べ物でアレルギーが出たり具合が悪くなった事がありますか？

- ①ある ②ない

()

8. ふだん飲んでいる薬がありますか？

- ①ある ②ない

何のお薬ですか？

()

2. どんな症状でお困りですか？

- ①痛み ②しびれ ③腫れて ④その他

9. これまでに手術をおこなったことはありますか？

- ①ある ②ない

()

3. いつから症状がありますか？

- ①今日 ②昨日 ③ 月 日

- ④わからない

10. 普段運動はされていますか？

- ①している ②していない

スポーツの種類

()

4. どんな時に痛みますか？

11. 女性の方へ
現在、妊娠又は授乳をしていますか？

- ①している ②していない ③わからない

5. 何か思い当たる原因はありますか？

- ①ある

（学校でのケガ、交通事故、労働災害、その他）

()

- ②ない

12. 希望する治療・検査はありますか？

- ①レントゲン ②MRI ③リハビリ
④鍼治療 ⑤マッサージ ⑥体外衝撃波
⑦骨密度検査 ⑧動脈硬化検査

6. 今回の痛みのために、治療院・整骨院・病院に通ったことがありますか？

- ある ・ ない

いつ頃

13. どのように当院を知りましたか？

- ①知人・病院からの紹介

（紹介先名： _____）

- ②インターネットで調べた

（検索キーワード： _____）

- ③建物を見かけた

- ④その他の広告

病院名