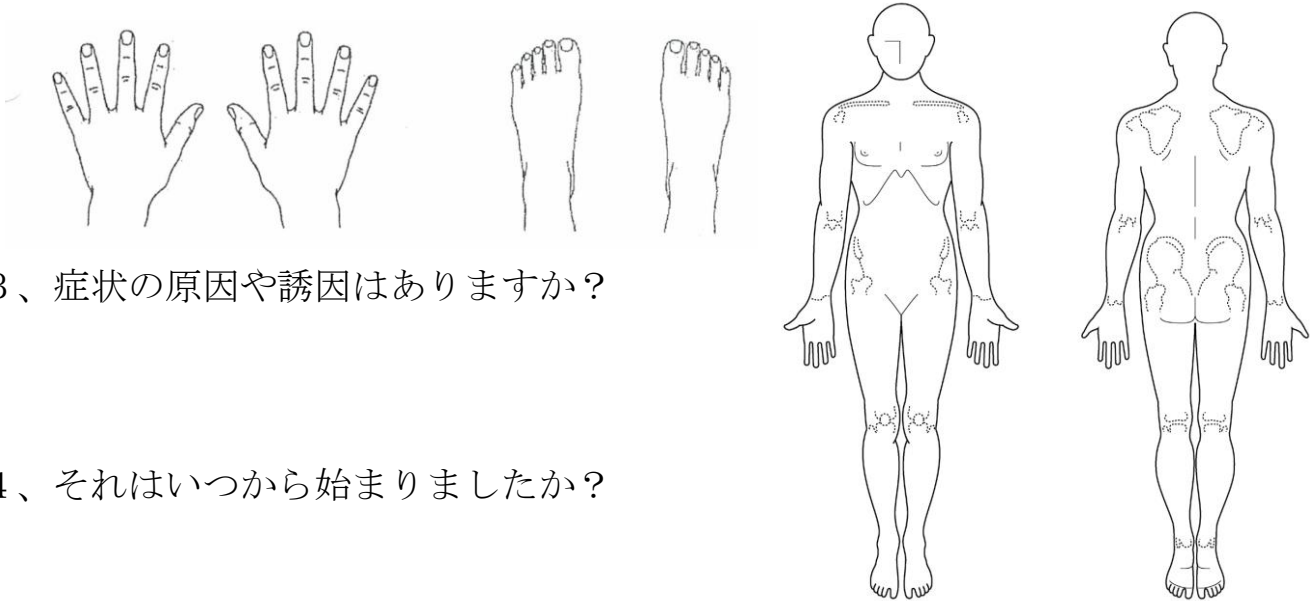


フリガナ			
氏名	生年月日	T・S・H	年 月 日
〒	携帯番号		( )
住所	自宅番号		( )

1、本日はいかがされましたか？

2、痛いところやしびれなど異常のある個所に○をつけてください。



3、症状の原因や誘因はありますか？

4、それはいつから始まりましたか？

5、現在病気にかかっていますか？

糖尿病 高血圧 関節リウマチ 痛風 その他 ( )

6、大きな病気・けが・手術をしたことはありますか？

ない ある ( )

7、薬のアレルギーはありますか？

ない ある

8、介護保険証・認定の有無

ある

なし

9、女性の方へ妊娠またはその可能性はありますか？

ない ある

10、診察・投薬などご希望がありましたらご記入ください。