

		生年月日	T・S・H	年	月	日
		年齢/性別	歳 (男性/女性)			
電話番号		e-mail				
住所	〒					
職業	会社員/ 自営業/ 会社役員/ 主婦/ 学生 その他 ()					
当院を何で知りましたか?	ホームページ・看板・近隣・パンフレット・雑誌 ・[]様の紹介					

1. 症状のある部位を左の図で示してください。

2. いつ頃から、どのような症状ですか?

今日・昨日 (_____ 年/ _____ 月/ _____ 週間/ _____ 日) 前から

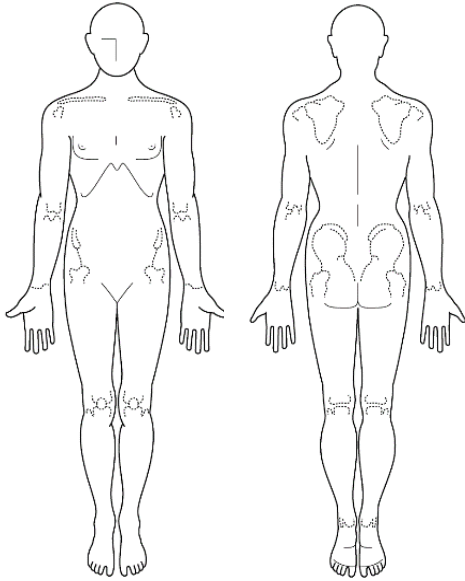
- 痛い しびれる 腫れ 動かしづらい
 その他 ()

3. 症状が出現した原因と思われるものは何ですか? なし

- 交通事故 仕事 スポーツ その他 ()

4. 現在、または過去に病気や怪我をされたことがありますか?

- 骨折 高血圧 糖尿病 心疾患 脳疾患 悪性腫瘍
 気管支喘息 その他/手術 ()



5. 現在、内服・使用されている薬や注射薬がありますか? なし

6. 薬・注射・食品でアレルギーがある場合はご記入ください。 なし

7. 女性の方で、下記にあてはまるものにチェックして下さい。

- 妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中 どちらにもあてはまらない

8. 現在、通われているところがありますか? なし

- スポーツジム マッサージ 整体 整骨院 カイロプラクティック

9. 当院では一般的な整形外科治療はもちろん、予防からエイジングケアまで、一人ひとりの症状に合わせたご提案も行い、選択出来る医療を目指しております。ご興味のある項目があればチェックをして下さい。

(保険診療)

- レントゲン 骨密度測定 (全身型骨密度測定、血液検査) CT、MRI撮影紹介
 リハビリ 漢方処方 ブロック注射 (痛みどめ注射) ヒアルロン酸注射 (膝治療)

(保険診療外)

- パーソナルトレーニング 慢性疼痛のケア (鍼灸マッサージ)
 ダイエット (痩身美容機器・サプリメント) アンチエイジング (美肌医療機器・美容注射)

※病状の明確な説明等の為、診察内容を録音させて頂く事があります。あらかじめご了承下さい。