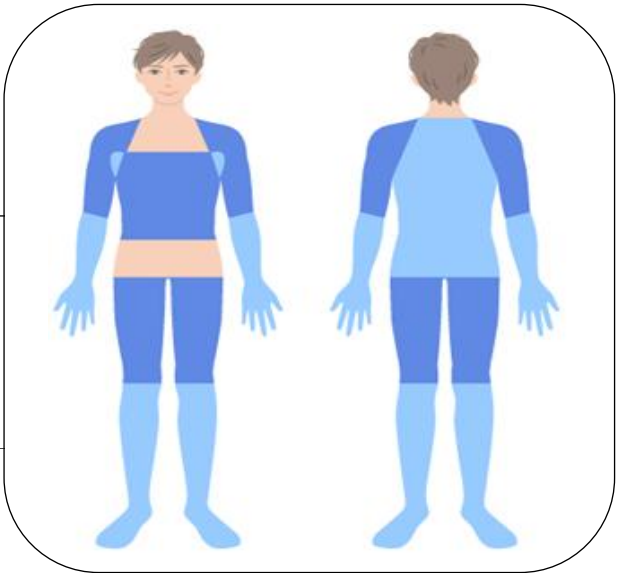


フリガナ
 お名前 _____ (才)
 〒(-) ご住所 _____
 (携帯)電話・緊急連絡先 _____ ご職業 _____

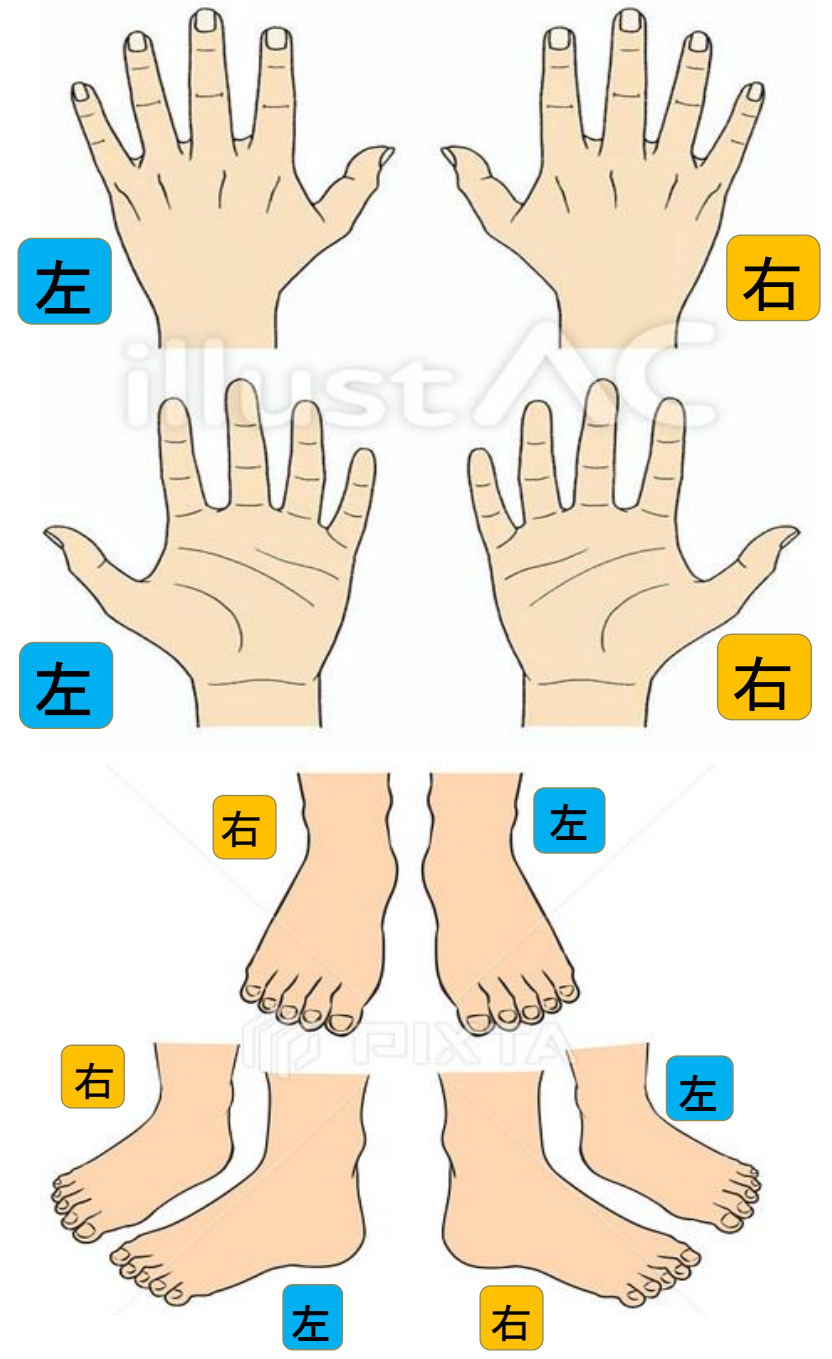
1. 薬・注射のアレルギー 無し・有り <薬名 >
2. 【女性のみ】現在妊娠中ですか(はい・いいえ)
3. スポーツ・運動は? 散歩・水泳・テニス・ゴルフ・ジム その他()
4. どこが悪い、または痛いのですか?
 頭・^{くび}頸・腰・肩(右・左)・膝(右・左)・手/足(右・左)
5. それはケガによるものですか (はい・いいえ)
6. 症状はいつから?(日・週・月 / 前から)
7. どこかで治療を受けましたか (はい・いいえ)
 病院名() 治療内容()
8. 現在・過去の大きなケガは? (はい・いいえ)
 病院名() 治療内容()
9. 定期的に飲んでいる薬はありますか (はい・いいえ)
 病院名() 治療内容()
10. 心臓ペースメーカー・動脈瘤クリップなど

体内金属物がありますか
 (あり・なし)
 ※歯科金属を除きます



* 記入してください *
 痛い部位に ○印
 シビレ部位に ×印

痛みのある部位に○印、シビレのある部位に×印を記入してください



*^{くび}頭・頸・腰・膝の方は別途追加の票をお渡しします。