

ふりがな
お名前

生年月日(西暦)

年 月 日(満 歳)

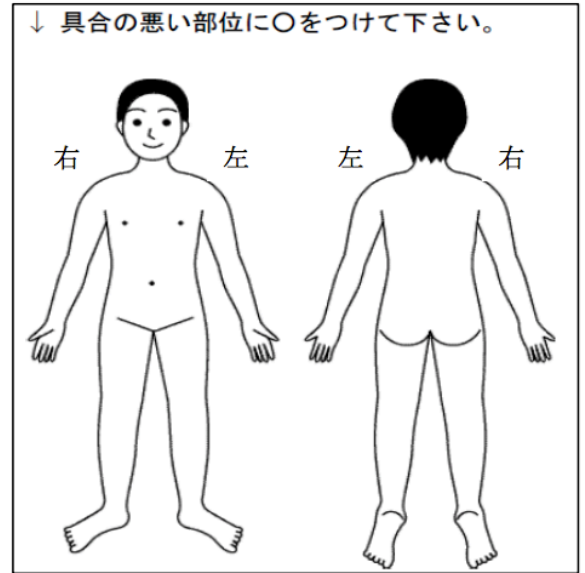
ご住所 〒

電話番号(日中連絡がとれるもの)

当院を何でお知りになりましたか？

- ご紹介()様 ホームページ 通りすがり チラシ
- さいとう整形外科リウマチ科 店看板 地下鉄看板 福利厚生クラブ
- その他()

◆一番お困りの症状は何ですか？



◆症状はいつからですか？()

◆思い当たる原因はありますか？()

◆今回の症状で医療機関にかかりましたか？ はい(診断名) いいえ

◆現在お薬を飲んでいますか？ はい(薬名) いいえ

◆鍼灸治療は初めてですか？ はい いいえ

◆お仕事はされていますか？ はい(職業) いいえ

◆運動・スポーツはされていますか？ はい(種類) いいえ

◆今までにかかった病気を○で囲って下さい。

- ない あり 糖尿病・高血圧・高脂血症・胃/十二指腸潰瘍・リウマチ・通風・がん・喘息・
脳疾患・肝臓病・心臓病・腎臓病・うつ病・統合失調症・その他()

◆過去に怪我や病気で手術を受けたことがありますか？ はい() いいえ

◆(女性の方) 妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ