

ふりがな
氏名

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 () 歳 (男・女)

住所 〒 -
(湖西・豊橋・浜松) 市

☎電話 () — —
携帯 — —

◆お困りの症状はなんですか？

◆症状はいつから？ (前位から ・ 不明)

◆思い当たる原因は何ですか？

◆つらい時間帯、つらい姿勢・動作などはありますか？

(一日中 朝 昼 夕 夜 不明) ()

◆過去にも同じ症状はありましたか？ (今回が初めて ・ 以前にも (ヶ月前 ・ 年前 ・ 慢性))

◆今回の症状で病院を受診されましたか？

いいえ ・ はい (受診日 年 月 日 病院名)

◆診断結果 (病名) は？ () (レントゲン CT MRI 血液)

◆薬は処方されましたか？ (いいえ ・ はい (内服薬 外用薬))

◆その他に現在治療中、または過去に罹った病気、怪我、事故などはありますか？

(ない ・ ある ())

◆鍼灸の経験はありますか？ (ない ・ ある (鍼と灸 鍼のみ 灸のみ))

◆アルコール消毒でかぶれることはありますか？ (ない ・ ある)

◆サロンパスなどの貼り薬でカブレますか？ (いいえ ・ カブレる)

◆職業はなんですか？ (無職 会社員 主婦 自営業 パート 学生)

◆当院を何で知りましたか？ (紹介 (様) ・ インターネット ・ 看板 ・ 広告)

月 日

月 日

月 日

月 日

