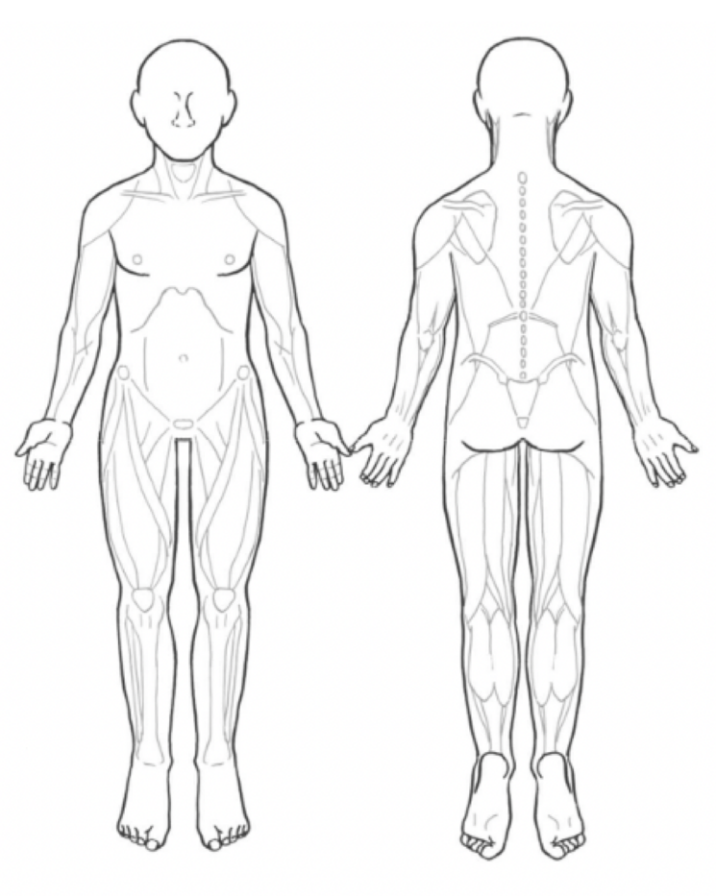
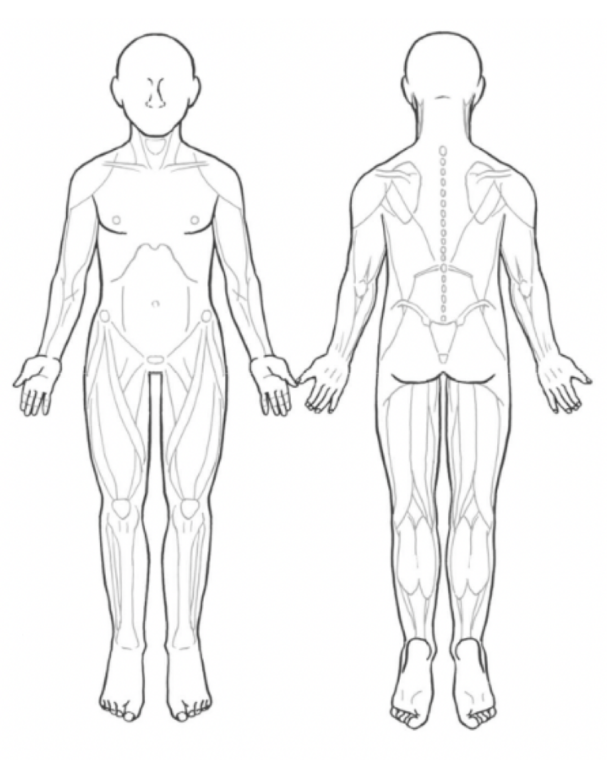
フリガナ：

お名前：　　　　　　　　　　　　　　男　/　女

生年月日：　　T・S・H・R　　　年　　　　月　　　　日

郵便番号：

住所：

電話番号：

①本日は、どのような症状で来られましたか？

１）痛み　　　２）しびれ　　　３）その他

②部位はどこですか？  
（右図にご記入ください）

③その症状はいつからですか？

④原因はありますか？

(転んだ、ぶつけた、交通事故、仕事中のケガなど）

⑤今までに大きな怪我や病気はありますか？

１）なし　２）あり

⑥現在、内服している薬はありますか？

１）なし　２）あり

⑦女性の方で、現在妊娠の可能性はありますか？

１）なし　　２）あり　　３）不明

⑧診察前に、先にレントゲンをお撮りしても良いですか？

１）いいえ　　２）はい

**受付・診察の状況により、受付順と診察が多少前後することがあります。**

**御了承頂きますようお願い致します。**