



ふりがな \_\_\_\_\_

男性・女性

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

お名前 \_\_\_\_\_

ご自宅  
電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 T・S・H 年 月 日

携帯電話  
電話番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

1.本日はどのような症状でご来院されましたか?具体的に記入して下さい。

>いつから?

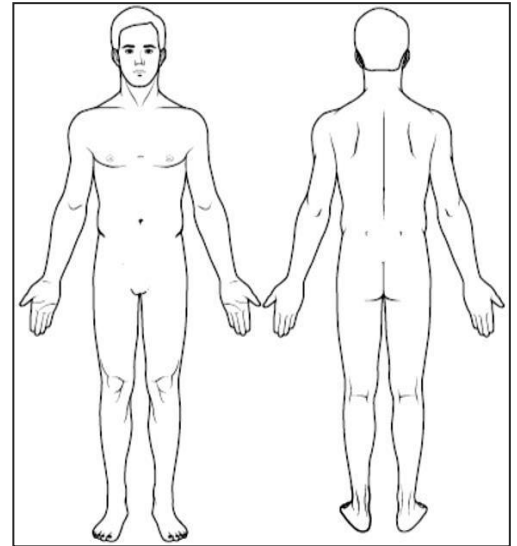
\_\_\_\_\_

>どこが?

\_\_\_\_\_

>どのように?

\_\_\_\_\_



《 症状のある部分に○をつけてください 》

2.上記は、交通事故によるものですか?

はい いいえ

3.現在、他院で治療中のご病気はございますか?

いいえ

はい → 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病  
喘息 高脂血症 その他( )

4.現在、服薬中のお薬はございますか?

いいえ はい → お薬手帳をお出し下さい

{ \_\_\_\_\_ }

5.手術を受けて体の中に金属やペースメーカーなどが入っていますか?

入っていない 入っている

6.今までにお薬や注射(麻酔・造影剤など)、食物などでアレルギー症状や体調不良はございましたか?

いいえ はい { 原因・症状など }

7.医師等にご要望がございましたら、ご記入をお願いします。

{ \_\_\_\_\_ }

※ご興味のある検査や自由診療はございますか?

{ 骨密度測定      マンモグラフィ検査      血管年齢測定  
オープンMRI      各種ビタミン点滴      アルターG }