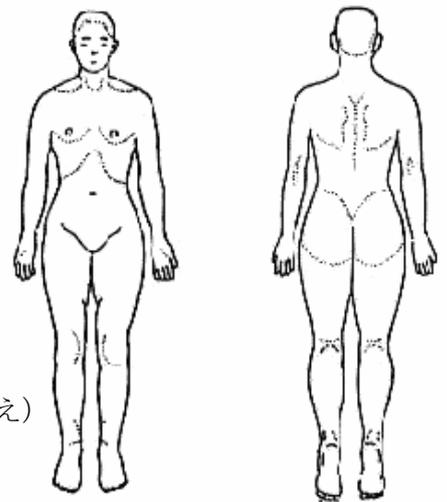


お名前 _____ 年齢 歳 男 女

1、今日はどうなさいましたか？
 痛い ・ しびれる ・ おもい ・ こる
 つっぱる ・ はれている ・ 動きが悪い
 冷える ・ その他 (_____)



2、それはどこですか？
 右図で、具合の悪い部位に○をつけてください。

3、いつ頃からですか？ (お仕事中的お怪我ですか？ はい いいえ)

4、原因として思いあたることがありますか？

5、同じ症状で治療を受けたことがありますか？

ない ある (医療機関名： _____)

6、今までに大きな病気・怪我をしたことがありますか？

ない ある (病名： _____)

7、現在、治療中の病気はありますか？

ない ある (病名： _____)

(昭和・平成 _____ 年 _____ 月頃から)

8、現在、飲んでいるお薬はありますか？ 例) 高血圧、糖尿病、心臓病など

ない ある (内服薬： _____)

9、お薬のアレルギーはありますか？ 例) ピリン系、抗生剤など

ない ある (薬剤名： _____)

10、女性の方へ

現在、授乳中か妊娠の可能性はありますか？

ない ある

11、体重を記入してください。 (_____ kg)

12、その他、お気づきのことがありましたらご記入ください。