

ふりがな _____ 生年月日(明・大・昭・平)
 お名前 _____ (男 ・ 女) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____

ご職業 _____ ご紹介者 _____

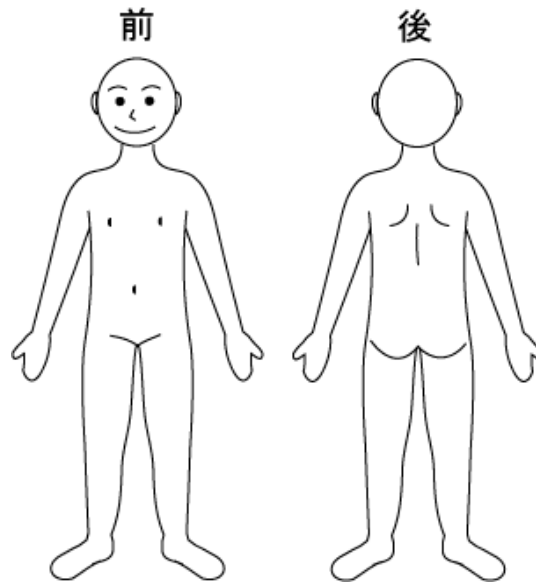
■どのような症状でお困りですか

■いつ頃からですか

■他の医療機関で診てもらいましたか？

はい ・ いいえ _____ 病院または整骨院名(_____)

■具合の悪い箇所に○をつけて下さい



■下記のものであてはまるものがあればチェックを入れてください。

- 心臓ペースメーカーを付けている
- 腎透析を受けている
- 糖尿病をもっている
- 体内に金属(人工関節)などが入っている
- 過去に大きな手術を受けたことがある
- 妊娠またはその可能性がある
- その他、内科的な病気がある