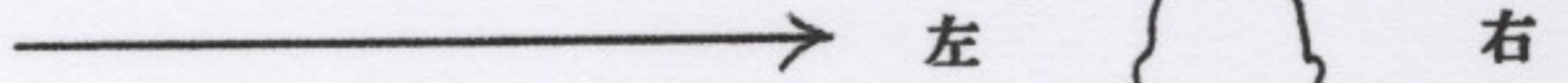


初診日 年 月 日

ふりがな 氏名	男女	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
				(歳)	
住所 (〒 -)	電話番号				
	携帯				
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他			競技名	
				チーム名	高・大
当院を知ったきっかけ		<input type="checkbox"/> ご紹介(様) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> Facebook広告 <input type="checkbox"/> その他()			

■今、どのような症状ですか？

①症状が出ているところを、右の図で示してください



②右記の症状を他の医療機関で受診されましたか？

- 整形外科 整骨院 鍼灸院 整体院・カイロ
その他()

③症状は、いつごろからですか？

④思い当たる原因はありますか？(あれば記入下さい)

⑤現在どの動作の時に痛み、シビレがでますか？全てお書き下さい

⑥今まで痛みがでた部位や過去に事故や手術などあればお書きください

⑦他に何かありましたらご自由にお書き下さい

備考(ここは記入しないで下さい)

