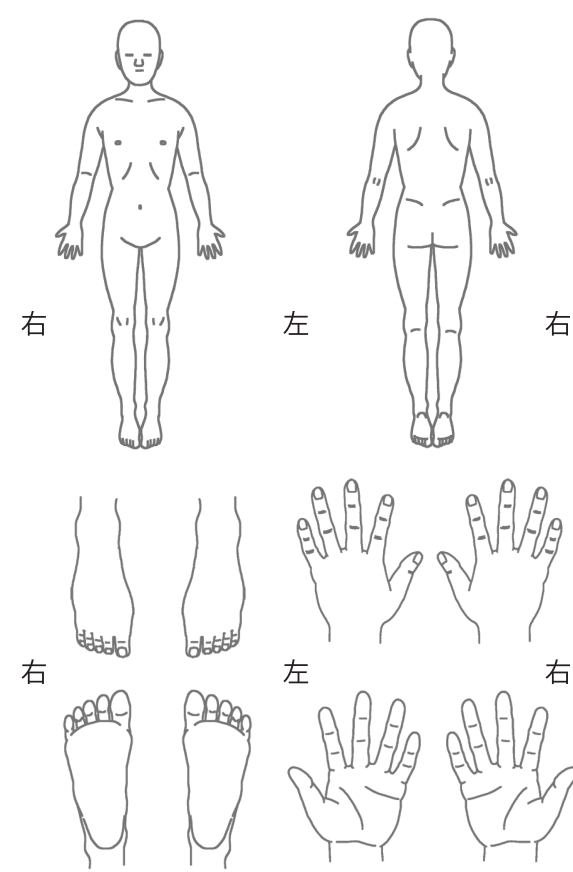


ふりがな		男・女	歳	生年月日		
お名前				大・昭・平	年	月
ご住所	〒 -			① 携帯電話 ( - - )		
				② 自宅電話 ( - - )		

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
お仕事	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )						
運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ウォーキング <input type="checkbox"/> マラソン <input type="checkbox"/> 野球 <input type="checkbox"/> バレーボール <input type="checkbox"/> バスケ <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> その他・趣味( )						
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	授乳中	<input type="checkbox"/> はい	たばこ	<input type="checkbox"/> はい	身長( )cm	体重( )kg
既往症	<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 胃かいよう <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍( ) <input type="checkbox"/> その他( )						
手術歴	<input type="checkbox"/> 有( )	薬・食物のアレルギー		<input type="checkbox"/> 有( )			
内服薬	<input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬 <input type="checkbox"/> 骨の薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 痛風の薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬						

<b>今日はどうされましたか？</b>	<b>症状のある場所に印をつけてください。</b>
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> ねんざ・打撲 <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> その他	
<b>思い当たる原因</b>	
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他 [ ]	
<b>いつから症状がありますか？</b>	
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> ( ) 週間前 <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前 <input type="checkbox"/> ( ) 年前	
<b>受たい検査・治療などがありますか？</b> (ご希望に添えない事もありますのでご了承ください。)	
<input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> リウマチ検査 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 血管年齢 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> 総合病院への紹介状(診察・CT・MRI) <input type="checkbox"/> にんにく注射 <input type="checkbox"/> プラセンタ <input type="checkbox"/> ビタミン注射	