

ふりがな
氏名 (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 年齢 歳

住所 〒 _____ □住所変更なし

_____ □電話変更なし

電話 (自宅) _____ (携帯) _____

< 該当する方のみ☑をしてください >

- 交通事故で受診される方
- 工作中・通勤中の怪我で労災を使われる方

院長より必ず○をつけて下さい

● いつからですか？

● どのような症状ですか？

痛い ・ 力が入らない

重い ・ つっぱる ・ こる

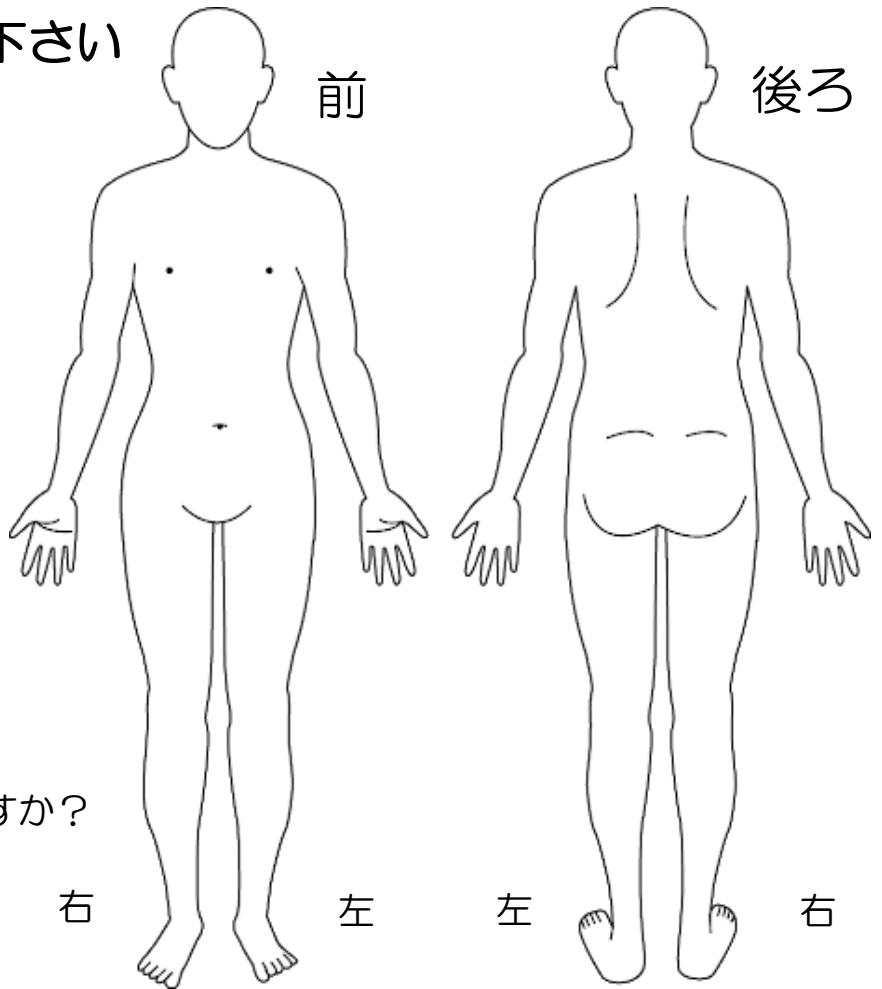
しびれる ・ 腫れている

動きが悪い ・ 切れている

その他

● 他の病院で薬をもらっていますか？

(はい ・ いいえ)



< 女性の方へ >

● 現在妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)

● 現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)