



あなたの記録

※個人情報保護法に基づき、カルテの内容と個人情報は秘密厳守いたします

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日生

ご住所 〒 -

自宅電話番号

携帯電話番号

※予約の変更や確認のため連絡する場合がありますので、必ず連絡がつく連絡先をご記入ください

当院をどこで知りましたか？

- ホームページを見て 紹介 () 様より
 ご近所にお住まい その他 ()

痛めた箇所についてお聞かせください

いつ痛めましたか？

年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ

どこで痛めましたか？

- ご自宅 道路 階段 学校 庭 公園 運動施設
 会社 (勤務中・通勤途中) 交通事故 その他 ()

何をしていた痛めましたか？

- 家事 買い物中 歩行中 寝ていて 物を持って 運動中
 立とうとして 起床時 その他 ()

どのようにして痛めましたか？

- ひねった うった ころんだ すべった あたった
 おちた つった その他 ()

最近、接骨院に行かれたのはいつごろですか？

年 月 日 院名 ()

かかりつけの病院はありますか？

- はい 病院名 () いいえ

現在、病院にかかっていますか？

- はい () の症状で いいえ

過去・現在において当てはまる項目をチェックしてください

- 高血圧 動脈硬化 動脈瘤 心臓疾患 ペースメーカー 糖尿病 リウマチ
 骨粗鬆症 悪性腫瘍 大きなケガ () その他 ()
()

女性の方のみお答えください

- 妊娠している 現在、妊娠の可能性がある 出産の経験がある 妊娠していない

これからも続けていきたいことは何ですか？

- 普段の生活 仕事 学業 (勉強) 家事 趣味 旅行 運動 子育て その他 ()
()