

受付日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		年齢
氏名		男	大正 平成		歳
		女	昭和 年 月 日生		
住所	〒		連絡先	自宅	
				緊急	
				メール	
職業		紹介者			

主訴またはつらい所をお書き下さい。

1	最近、体重の急激な変化はありましたか？	いいえ	はい	
2	1日の睡眠時間は？	時間：就寝時間 時頃		
3	嗜好品はありますか？	タバコ（ 本/日） 酒（種類 ） コーヒー・お茶（ 杯/日）		
4	アレルギーはありますか？	いいえ	はい	
5	日頃の血圧を教えてください	最高血圧_____ 最低血圧_____		
6	高血圧と診断された事がありますか？	いいえ	はい	
7	血管の病気を診断された事がありますか？	いいえ	はい	病名
8	骨折またはヒビの経験はありますか？	いいえ	はい	どこを
9	骨粗鬆症と診断された事がありますか？	いいえ	はい	いつ頃
10	椎間板に異常があると診断された事がありますか？	いいえ	はい	いつ頃
11	糖尿病と診断された事がありますか？	いいえ	はい	いつ頃
12	身近に糖尿病の方はいますか？	いいえ	はい	
13	身内に癌になった人がいますか？	いいえ	はい	
14	交通事故に遭った事がありますか？	いいえ	はい	いつ頃
	状況			
15	大きな病気で入院または手術された事がありますか？	いいえ	はい	
16	出産経験はありますか？（女性の方のみお答え下さい）	いいえ	はい	_____人 現在妊娠中 帝王切開・自然分娩
17	現在、医師にかかっていますか？もし、かかっている場合、病名と薬名を記入して下さい。			

ご記入有難うございました