

紹介者

チラシ・ホームページ・その他

## PATIENT INFORMATION

Date. / /

よみがな	性別 男・女
氏名	結婚歴 既婚・未婚・離婚
生年月日	年 月 日 年齢 ( )歳
住所	出産歴( )人
Email	
自宅電話番号	携帯電話番号
職業	勤務先
勤務先電話番号	
勤務先住所	

最後の健康診断の日付 年 月 日

過去に手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ

病名

いつ頃

過去に大きな病気にかかったことがありますか？ はい・いいえ

病名

いつ頃

今日の症状は何ですか？

この症状で他の医療機関を受診しましたか？ 医療機関名

診断名

現在何か薬を服用していますか？ はい・いいえ

どのような治療をお望みですか？

一時的な痛み・症状の緩和

健康維持・増進のための治療

場合により、今回の症例を氏名等の個人を特定できる個人情報を伏せた上でホームページ、ブログ等で紹介してもよろしいですか？ はい・いいえ

●今までにかかったことのある病気・症状に△をつけてください。

現在ある病気・症状に○をつけてください。

MUSCULO-SKELETAL SYSTEM

- ・腰痛
- ・肩背部の痛み
- ・首の痛み
- ・腕、手の痛み
- ・股関節・ひざ・足の痛み
- ・関節の痛み
- ・関節の腫れ
- ・関節のこわばり
- ・筋肉痛
- ・筋肉の弱さ
- ・歩行困難
- ・ヘルニア
- ・骨折

GASTRO-INTESTINAL SYSTEM

- ・食欲がない
- ・ものが飲み込みにくい
- ・食後の膨満感、ガス
- ・食後の異常な眠気
- ・吐き気、嘔吐
- ・消化不良
- ・腹痛
- ・下痢 便秘
- ・血を吐く
- ・痔
- ・便が黒い
- ・のどが渴く
- ・肝臓の異常
- ・胆のうの異常
- ・急激な体重の変化

EYE,EAR,NOSE, and THROAT

- ・目の炎症
- ・目の病気
- ・ものが二重に見える
- ・耳の痛み
- ・耳鳴り
- ・難聴
- ・耳から膿が出る
- ・鼻の痛み
- ・鼻血が出る
- ・鼻から膿が出る
- ・鼻が詰まる
- ・歯茎が痛い
- ・歯の問題
- ・口が痛い
- ・のどが痛い
- ・声が出にくい

CARDIO-VASCULAR RESPIRATORY SYSTEM

- ・胸痛
- ・心臓病
- ・呼吸しにくい
- ・咳を頻繁にする
- ・たんがでる
- ・頻脈
- ・血圧の問題
- ・肺の病気
- ・不整脈

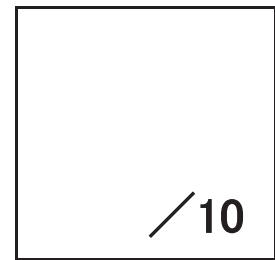
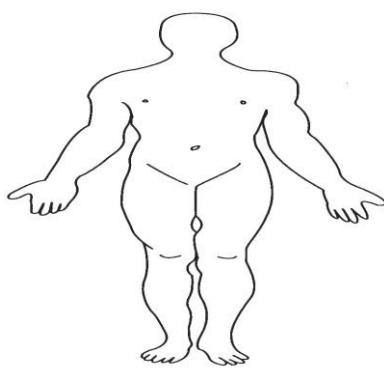
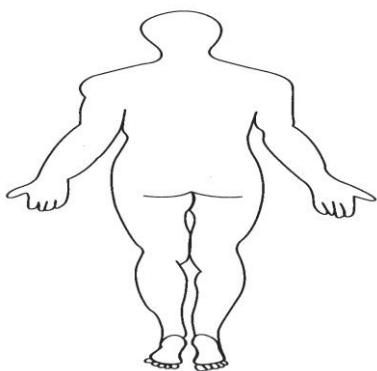
GENITO-URINARY SYSTEM

- ・腎臓・膀胱の病気
- ・頻尿
- ・乏尿
- ・排尿時痛
- ・尿の色がおかしい
- ・月経の問題 不正出血
- ・勃起障害

NERVOUS SYSTEM

- ・しびれ 過敏
- ・感覚消失、鈍麻 麻痺
- ・甘いものが食べたくなる
- ・トイレが近い
- ・めまい・立ちくらみ
- ・頭痛
- ・筋肉が痙攣する
- ・風邪を引きやすい
- ・憂うつになる

● 症状のある部に印をつけてください。また、現在の症状は10段階でどのくらいですか。



# 外傷暦

過去に外傷を受けた全ての場所に印をつけてください。以下の

ものが含まれます：

捻挫／挫傷、骨折、重度の打撲、手術、傷跡、頭部叩打、裂傷、

火傷など

