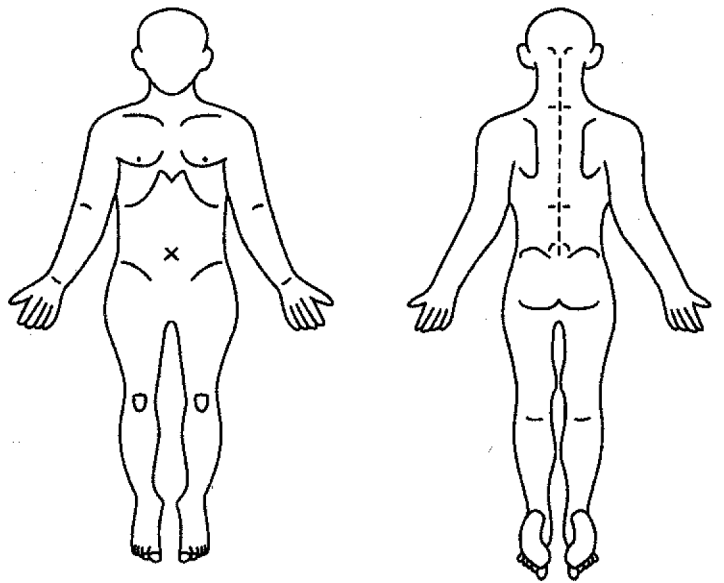


カルテNO.

フリガナ		性別 (男性 ・ 女性)
お名前		生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (才)
住所	〒 -	
電話番号	() -	

- (1) どうされましたか？ 図に印を。
いつから
どこが

どのような症状ですか？
(痛み・はれ・しびれ)



それで治療を受けた事は？

- (2) 薬や食べ物でアレルギーや副作用が出た事がありますか？ (はい・いいえ)
具体的な状況を教えてください。

また湿布でかぶれたことはありますか？ (はい・いいえ)

- (3) 以前、感染症 (B型肝炎、C型肝炎、H I V) と診断されたことは？ (はい・いいえ)

- (4) 他に治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)
いつから 何で どの病院で 治療は

今まで病気やけがで入院したり、手術を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)

- (5) ご職業は？

- (6) 現在妊娠中もしくは妊娠の可能性は？ (はい・いいえ・わからない)
授乳中ですか？ (はい・いいえ)

- (7) 今回、ケガをなさったのは、仕事もしくは通勤途上ですか？ (はい・いいえ)