

カルテNO.

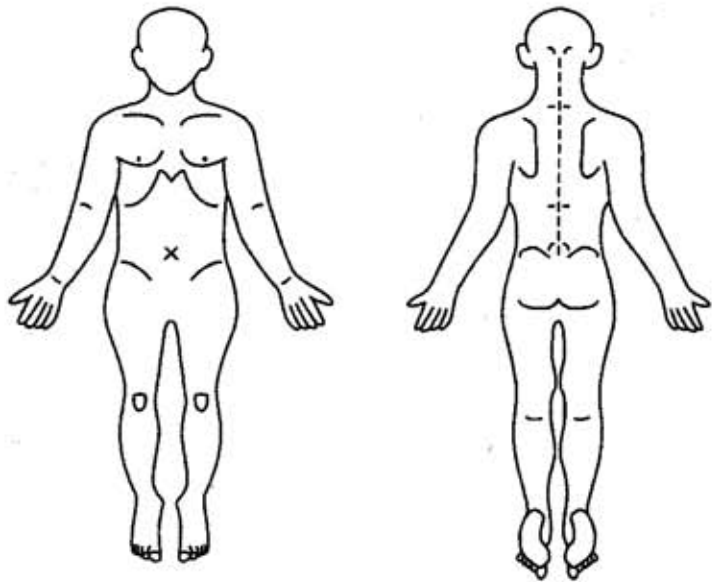
フリガナ		性別（男性・女性）
お名前		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（才）
住所	〒 -	
電話番号	（ ） -	

- (1) どうされましたか？  
いつから？

どこが？ 図に印を→

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) キズがありますか？（はい・いいえ）
- (3) 痛みなどの原因は、仕事もしくは通勤途中ですか？（はい・いいえ）
- (4) ご職業は？
- (5) 感染症（B型肝炎・C型肝炎・HIV）と診断されたことは？（はい・いいえ）
- (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）