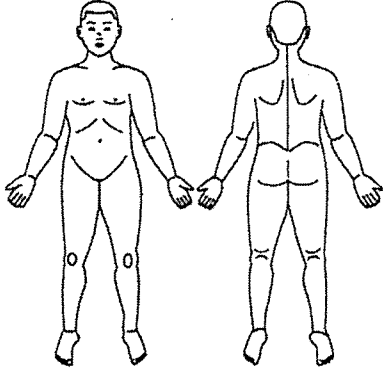


【現在の症状についてお伺いします。】

いつ頃から	症状のある場所はどこですか？	どのような症状ですか？（複数○可）
頃から	○印をつけて下さい。 	打った 痛い ひねった しびれる こけた だるい 肩こり 動きにくい 違和感 その他 ()

【今までに次のような病気と言われた事がありますか？】

- 1、胃炎・胃潰瘍 2、高コレステロール 3、糖尿病 4、高血圧症
 5、心臓病 6、肝臓の病気 7、腎臓の病気 8、脳の病気
 9、気管支喘息 10、不整脈 11、動脈硬化 12、リウマチ 13、がん

【現在、他の病院・医院でお薬をもらっていますか？】

あれば御記入下さい。お薬手帳があれば御記入はいりません。

	どんなお薬ですか？	病院名
科		

【注射やお薬、食物でアレルギー反応を起こしたことがありますか？】

- 1、はい（何に？) 2、いいえ

【手術などによる金属が体内に入っていますか？】

- 1、はい（どこに？) 2、いいえ

【女性の方に 現在妊娠の可能性はありますか？また授乳中ですか？】

- 1、はい 2、いいえ

※自費治療について【ご希望の治療法があればチェックをお入れください。】（複数可）

- パーキンソン病の点滴療法 慢性疲労のカクテル点滴療法
 プラセンタ注射 頭痛の点滴療法
 適切なサプリメント (コンドロイチン マルチビタミン アンチエイジング)

★ 治療法・金額につきましては、ドクターに気軽にご相談ください。

ご協力有り難うございました。少しでもご満足して頂ける医療をめざして努力致します。

年 月 日

はじめて診療を受けられる方へ

治療上の参考にいたしますので、お手数ですが御協力ください。

ふりがな		交通事故・労災は○をつけてください。 ・ 交通事故 ・ 労災
お名前		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	当院を何でお知りになりましたか？
年齢・性別	()才 男性・女性	1、 病院・医院からの紹介 (病院) 2、 知人・家族のすすめ ()様から 3、 広告 ・ 看板をみて 4、 インターネット その他 ()
ご自宅のおところ	〒 _____	
携帯電話	— —	
自宅電話	()	

※ 領収書・支払証明書は再発行できませんのでご了承ください。