初診 ・ 再初診 ・ 追加

# 診療申込書・問診

ふりがな

氏　　名　　（ 男 ・ 女 ）

生年月日　大・昭・平・令　　年　　月　　日生　　年齢　　歳

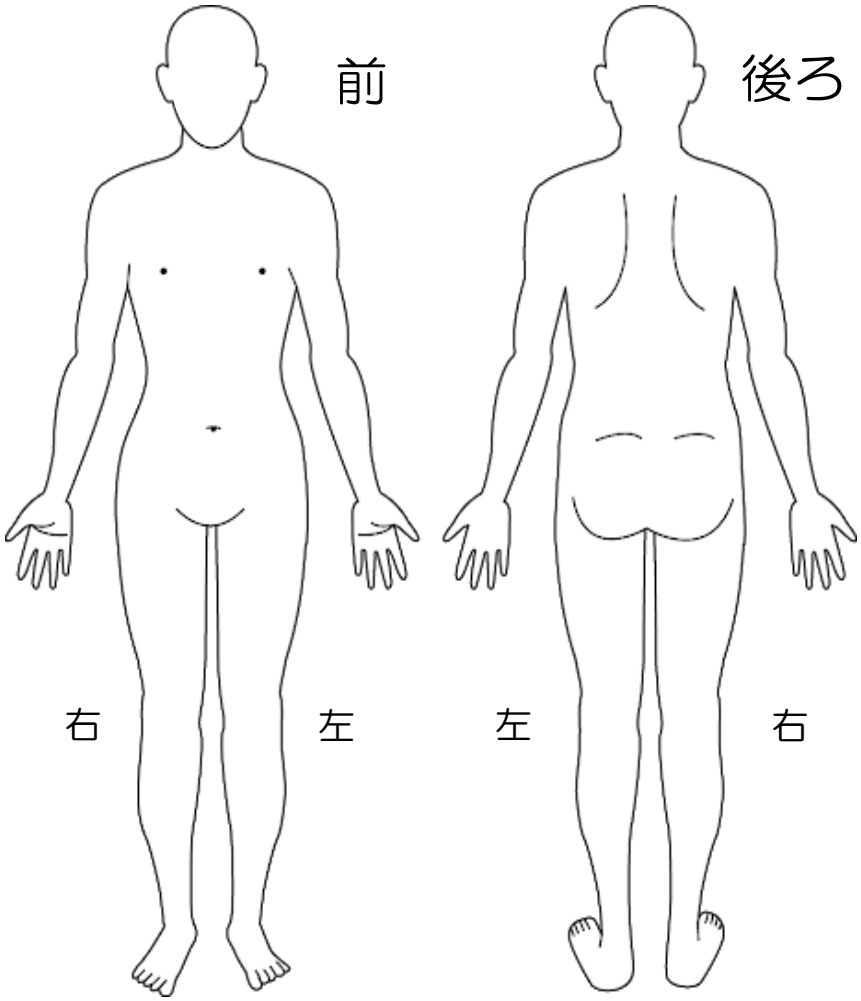
住　　所　〒　　ー　　□住所変更なし

□電話変更なし

電　　話（自宅）　　（携帯）

● 現在飲んでいる薬はありますか

（ はい ・ いいえ ）




**必ず○をつけて下さい**

● いつからですか？

（　　）

● どのような症状ですか？

痛い ・ 力が入らない

重い ・ つっぱる ・ こる

しびれる ・ 腫れている

動きが悪い ・ 切れている

その他

＜女性の方へ＞

● 現在妊娠している可能性はありますか？　（ はい ・ いいえ ）

● 現在授乳中ですか？　（ はい ・ いいえ ）