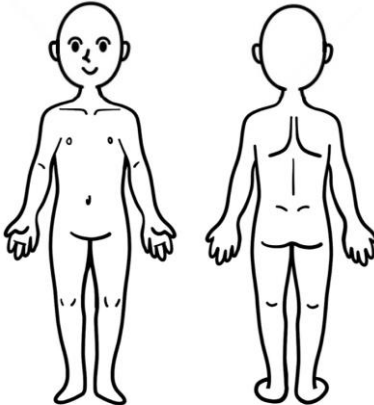


ふりがな		歳	生年月日
お名前		身長 cm・体重 kg 利き腕 ( 右・左 )	大・昭・平・令 年 月 日
紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
本日はどのような症状でご来院されましたか？		★現在妊娠中・授乳中ですか？	
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> その他( )		妊娠中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (妊娠 週) 授乳中 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
いつから症状がありますか？		症状のある場所を○で囲んで下さい。	
<input type="checkbox"/> ( 月 日 )頃 <input type="checkbox"/> ( 日 カ月 年 )前から		<input type="checkbox"/> 右・左 肩 <input type="checkbox"/> くび <input type="checkbox"/> 右・左 肘 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 右・左 股関節 <input type="checkbox"/> 右・左 膝 <input type="checkbox"/> 右・左 足関節 <input type="checkbox"/> 右・左 かかと <input type="checkbox"/> その他( )	
症状の原因は何ですか？			
<input type="checkbox"/> ぶつけた <input type="checkbox"/> ねんざ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ中( ) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他( ) 普段、行っているスポーツがあれば記載して下さい。 スポーツ名( ) 利き腕( 右・左 )			
下記で希望する項目があれば教えてください。			
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症の検査について相談したい <input type="checkbox"/> 運動やストレッチを教えてほしい			
ご職業	<input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 医療・介護職 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 学生(学校名 )		
既往症	<input type="checkbox"/> 骨折(部位 : 歳頃) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他( )		
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
血液をサラサラにする薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
ステロイド服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( mg× カ月・年)		
アルコール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(酒 合、ビール ml× 本/日)		
タバコ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 本/日 × 年)		