

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	紹介者	
お名前			大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳		電話
ご住所	〒 _____			職業	会社員・自営業・パート・農業 学生・その他()・無 (事務職・立ち仕事・その他)
メール					

つらいところはどこですか？

- 首 腰 股関節 ひじ 足 自律神経 その他
 肩 膝 背中 手 頭痛 婦人科系 _____

いつ頃から症状が起きましたか？

- 今日 _____ 日・週間 前
 昨日 _____ 年前

その症状で病院に行きましたか？

- 通院中 診断のみ さくら整形外科受診
 経過観察中 行っていない

この中に当てはまる症状(病名)はありますか？

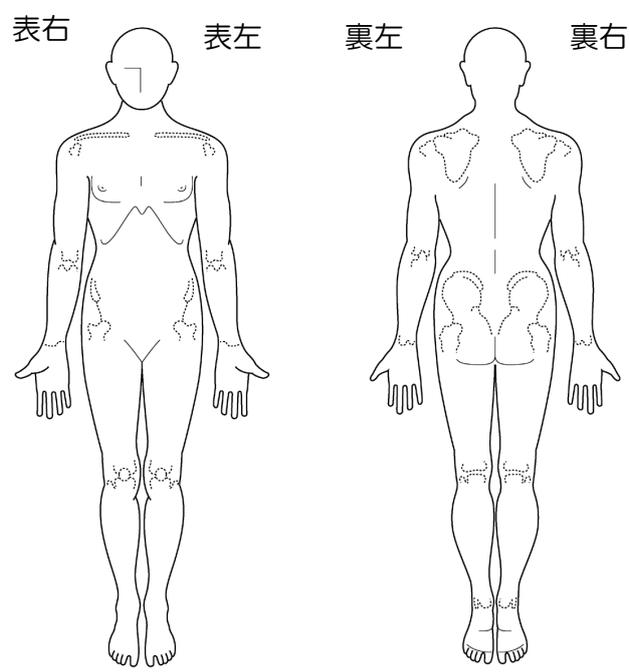
- 脊柱管狭窄症 腰椎ヘルニア 神経痛 頸椎症 頸椎ヘルニア むち打ち症 偏頭痛
 骨粗しょう症 高血圧 低血圧 糖尿病 めまい 偏頭痛 リウマチ 膠原病

今までにかかった病気はありますか？(既往歴)

_____ (歳時) _____ (歳時)

現在服用中の薬(特に血液をサラサラにするもの)

※痛み、凝り、しびれなど不快の感じるところに赤色で印をつけてください



体温：_____

身長_____cm 体重_____kg
(最近の急な増減 無・有)

血圧_____/_____/_____mmHg 脈拍____回/分

視力 ⑤_____ ⑥_____
コンタクト：不使用・使用
アレルギー：無・有(_____)

食事____回/日 食欲：旺盛・普通・無
良くたべるもの_____

尿 _____回/日 夜間尿：無・有(____回)

便 _____回/日 下痢ぎみ・便秘ぎみ

睡眠 睡眠時間____時間/日

月経 順調・不順・無し