

フリガナ
氏名

年齢
歳

性別
男・女

利き手
右・左

20 年 月 日

1. ご職業（できれば具体的に）_____

普段多い動作は何ですか？_____

2. 妊娠の可能性はありますか？ なし・あり

3. 右の図へ診てほしい部位に○をつけてください→

いつから？_____

原因は？_____

痛む動作は？_____

4. 現在治療中の病気をご記入ください

なし・あり→

5. 飲んでいる薬をご記入ください

なし・あり→

6. 過去の手術や病気、ケガを年月も併せてご記入ください

なし・あり→

7. 薬や注射のアレルギーをご記入ください なし・あり→

8. 運動習慣はありますか？ なし・あり→具体的に

