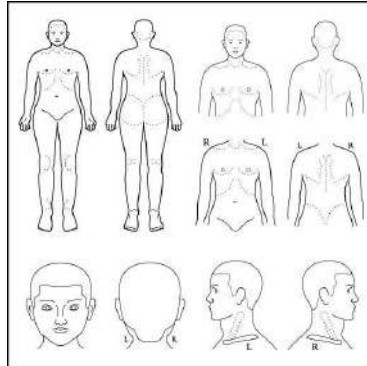


その他

名前 _____

痛みのある所に印をつけてください



※ 全ての記入をお願い致します

① 症状はいつからですか？ _____月 _____日から

② 症状が出たきっかけや原因はありますか？

_____ なし

③ この症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい 医療機関名 _____

治療内容 _____

④ 当てはまる症状にチェックをしてください。

圧痛 腫脹 発赤 しびれ 傷 その他 (_____)

⑤ 該当する方はチェックし記載してください。

・骨粗鬆症の検査希望

(骨粗鬆症の治療歴： _____)

・側彎症の検査希望

<希望の治療内容> 内服 湿布 塗り薬 注射 リハビリ