

>>名前   
 >>ふりがな   
 >>郵便番号    
 >>住所   
 >>電話番号

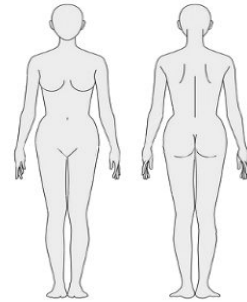
>>生年月日   
 >>性別  男  女  
 >>保険  国保  社保  労災  自賠  他  
 >>緊急連絡先

※家族の方に連絡する際に使用します

>>身長:  cm 体重:  kg 年齢:  歳

>>今日はどうされましたか？

部位・症状・いつから・原因などお書きください



※印刷後、痛みやしびれの範囲をマークしてください

>>以下を具体的にお伺いします（該当部にチェックしてください）

痛みの程度  ない  弱い  強い  激しい  
 シビレの程度  ない  弱い  強い  激しい  
 夜中の痛み  ない  弱い  強い  全く寝れない  
 安静時の痛み  ない  弱い  強い  激しい  
 妊娠の可能性  ない  ある  不明 ※女性の方のみ  
 授乳の有無  ない  ある ※女性の方のみ  
 腎機能障害  ない  ある  不明  透析  
 胃腸障害  ない  ある  不明  
 心機能障害  ない  ある  不明  ペースメーカー  
 脳クリップ  ない  ある 病院名  / 年前   
 人工関節  ない  ある 部位:

>>スポーツの場合は以下の入力をしてください（該当部にチェックしてください）

スポーツ歴  
 小学校 競技種目:  / 主なポジション:   
 中学校 競技種目:  / 主なポジション:   
 高校 競技種目:  / 主なポジション:   
 大学・専門 競技種目:  / 主なポジション:   
 社会人 競技種目:  / 主なポジション:   
 所属  
 トレーニング 週に約  日 / 1日に約  時間  
 脳震盪  ない  ある 過去  回 / 最近  ヶ月前  
 バーナー  ない  ある 過去  回 / 最近  ヶ月前  
 間近の試合  ない  ある いつ?   
 トレーナー  学校担任  専属トレーナー  いない  他

>>交通事故の場合は以下の情報が必要です

【交通事故】 受傷日:  保険会社:  電話番号:  担当様名:

>>アレルギーの有無・既往や過去の手術・ご意見・ご要望があればお書きください

アレルギー:   
 既往: