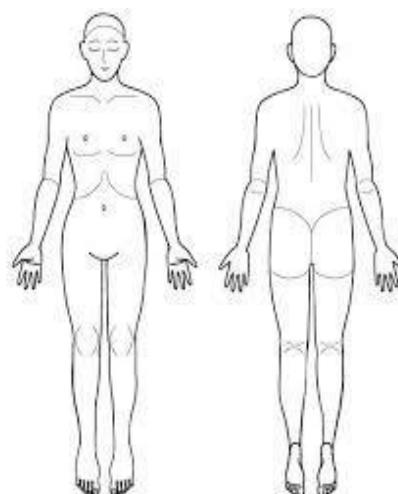


フリガナ			男	大正・昭和・平成・令和		
氏名			・ 女	年 月 日生まれ (満 歳)		
住所	〒 -					
携帯電話 自宅電話	- - -		緊急 連絡先	- - -		続柄()
勤務内容	重量物の取扱い・長時間の座り作業・長時間の立ち作業・軽作業・その他 ()					
スポーツ歴	(約 年)	身長	cm	体重	kg	

<p>◆どのような症状ですか？</p> <p>◆いつ頃からですか？ ()</p> <p>◆原因に心当たりがある方は該当する項目を○で囲んで下さい</p> <p>【1】仕事中・通勤途中 (ケガをした日：20 年 月 日)</p> <p>【2】その他 ()</p>		<p>◆症状がある箇所に○をつけてください</p> 
<p>◆現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？</p> <p>糖尿病・高血圧・ぜんそく・その他 ()</p> <p>◆現在服用しているお薬・サプリメントはありますか？ ◎お薬手帳を持参の方は受付にお願いします ない・ある (お薬： サプリメント：)</p> <p>◆今までお薬で副作用がでたことがありますか？ ない・ある (具体的に：)</p> <p>◆女性の方へ。現在該当する項目を○で囲んでください 妊娠中・妊娠の疑い・授乳中・妊娠していない</p> <p>◆リハビリテーションを希望されるか○で囲んでください 希望する・希望しない・必要があればする</p> <p>◆最近かかった医療機関はありますか？ 病院名 () 紹介者 ()</p> <p>◆女性50歳以上 / 男性70歳以上の方へ。 当院では健康長寿のために、骨粗しょう症検査をおすすめしております。 骨粗しょう症検査を (希望する・希望しない / 現在治療している・最近検査を受けた)</p>		