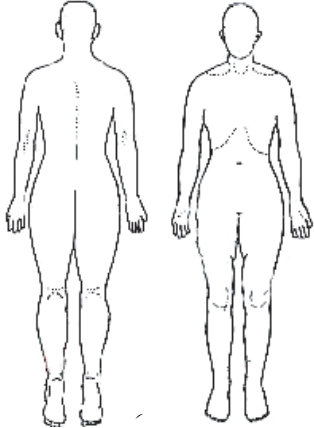


呼吸療法外来 予診票

年 月 日

ふりがな 氏 名
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 歳 (男・女)
住 所 〒
電 話 自宅 () / 携帯 ()
呼吸療法外来を何で知りましたか? 該当するものを○で囲んでください。(複数選択可) PCサイト・携帯サイト・当クリニックで勧められた 友人や知人の紹介・その他 ()

質 問	回 答
<p>本日の受診理由で該当するものを○で囲み、その身体の範囲を○で示してください。右記以外はその他にご記入ください。</p>	<p>肩こり 首こり 腰痛 肩・腕のシビレ 坐骨神経痛 便秘 下痢 過敏性腸症候群 冷え症 低体温症 足のむくみ 線維筋痛症 パニック障害 逆流性食道炎 その他 ()</p> 
<p>○をつけたものに関して、今まで受けてきた治療や行ってきたことがありますか? あれば○で囲んでください。</p>	<p>整形外科—手術 電気治療 牽引 ホットパック 整骨院 整体 鍼灸 カイロプラクティック その他 ()</p>
<p>現在かかっている他の病院がありますか?</p>	<p>いいえ はい 病院名 ()</p>
<p>ドラッグストアの薬も含めて今飲んでいる薬がありますか?</p>	<p>いいえ はい 薬の名前 ()</p>