

# Confidential Patient Information

(患者データ)

日付 \_\_\_\_\_

氏名 (ローマ字) _____	ソーシャルセキュリティ# _____						
性別 _____	結婚暦: 既婚 独身 離婚 死別	子供の数 _____	生年月日 _____	年 _____	月 _____	日生 _____	年齢 _____
自宅の電話番号 ( ) _____	- _____	携帯電話番号 ( ) _____	- _____	E-mail _____			
住所 _____	CITY _____	STATE _____	ZIP _____				
職業 _____	勤務先 _____	勤務先の電話番号 ( ) _____	- _____				
勤務先の住所 _____	CITY _____	STATE _____	ZIP _____				
緊急時の連絡人 _____	電話番号 ( ) _____	- _____					
紹介者 _____							

ご希望されるコースに印を付けて下さい。

- カイロプラクティック
- 鍼治療
- カイロプラクティック+鍼治療
- アンチエイジングトリートメント (美容鍼)
- Dr.浅野と相談した上で決める

医療保険をお持ちですか? はい いいえ 保険会社名 \_\_\_\_\_ HMO / PPO

\* 保険証をお持ちの方はコピーをとらせて頂きたいので、ご呈示の程宜しくお願いします。

保険請求に対してドクターの方から請求していただき、直接ドクターに保険金が支払われることを承諾いたします。不足分、又は保険がカバーされない場合は私自身が支払うことを約束いたします。

患者のサイン \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

保護者のサイン (18歳未満の場合) \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

この未成年者のデータを書いた人 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

\*裏面の記入もお願い致します\*

今回と同じ症状で他の先生の診察を受けた事がありますか？ はい いいえ

病院と先生の名前 \_\_\_\_\_

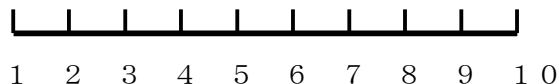
この1年間に治療または検査を受けましたか？ はい いいえ

内容 \_\_\_\_\_

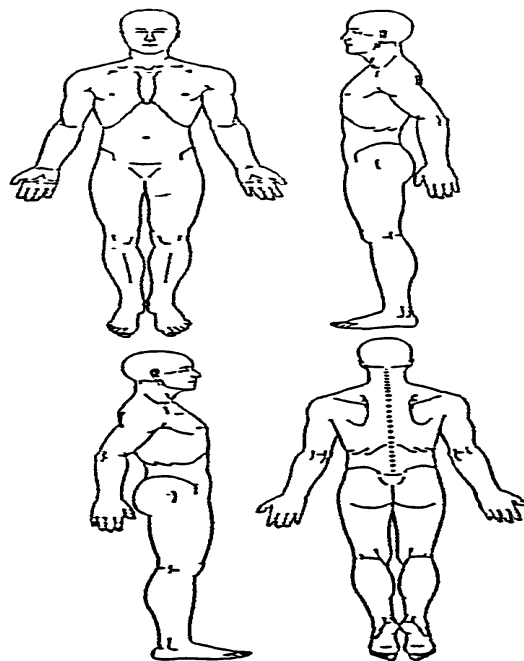
痛みを1~10でたとえて下さい。

(数字に○を付けて下さい)

(ほぼ痛みなし) (かなり深刻な痛み)



痛みのある所に印を付けて下さい。



どのような痛みですか？ (○を付けて下さい)

- 刺す様な・おもだるい・うずく感じの・ずきずきする  
 ヒリヒリする・チクチクする・痙攣している様な  
 凝った感じの・腫れぼったい感じの・しびれる  
 他 \_\_\_\_\_

今までにかかった病気・症状に印をつけて下さい。

神経・筋・骨格	尿生殖器	心臓・血管・肺	消化器官	目・耳・鼻・口・のど	病気
<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 肩背部の痛み <input type="checkbox"/> 首・腕・足 <input type="checkbox"/> 関節のはれ <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 筋肉痛 <input type="checkbox"/> 筋肉の弱さ <input type="checkbox"/> 筋肉が痙攣する <input type="checkbox"/> 歩行困難 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> リュウマチ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 目まい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 意識がなくなる <input type="checkbox"/> 忘れやすい <input type="checkbox"/> 考えが混乱する <input type="checkbox"/> 憂鬱になる	腎臓病 病名) _____ <input type="checkbox"/> 膀胱障害 尿について <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 痛みを伴う <input type="checkbox"/> 異常色 前立腺の病気 病名) _____ 性病 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 梅毒 他 _____ 女性だけ <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> 子宮出血 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 乳房痛 <input type="checkbox"/> 乳房の腫瘍 <input type="checkbox"/> 流産 ..... 妊娠していますか？ はい ・ いいえ	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心臓痛 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> へん頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸しにくい <input type="checkbox"/> 咳を頻繁にする <input type="checkbox"/> たんが出る <input type="checkbox"/> 血たんが出る <input type="checkbox"/> 心臓の鼓動が早い <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 過食症 <input type="checkbox"/> よく飲み込めない <input type="checkbox"/> のどが渇く <input type="checkbox"/> 吐き気がする <input type="checkbox"/> 食物を吐く <input type="checkbox"/> 血を吐く <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 盲腸炎 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> かいよう <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 体重異常 肝臓病 病名) _____ 胆のうの異常 病名) _____	<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 目の炎症 <input type="checkbox"/> 耳の痛み <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 耳からうみが出る <input type="checkbox"/> 鼻の痛み <input type="checkbox"/> 鼻血が出る <input type="checkbox"/> 鼻からうみが出る <input type="checkbox"/> 鼻からの呼吸が しにくい <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 歯の問題 <input type="checkbox"/> 口が痛い <input type="checkbox"/> 声がかかる <input type="checkbox"/> 話しにくい 甲状腺の病気 病名) _____	<input type="checkbox"/> AIDS / HIV <input type="checkbox"/> アルコール依存症 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> みずぼうそう <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> ヘルペス <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 単球増加症 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> しょうこう熱 <input type="checkbox"/> へんとう炎 <input type="checkbox"/> 結核症 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> 百日咳 他 _____ _____ _____