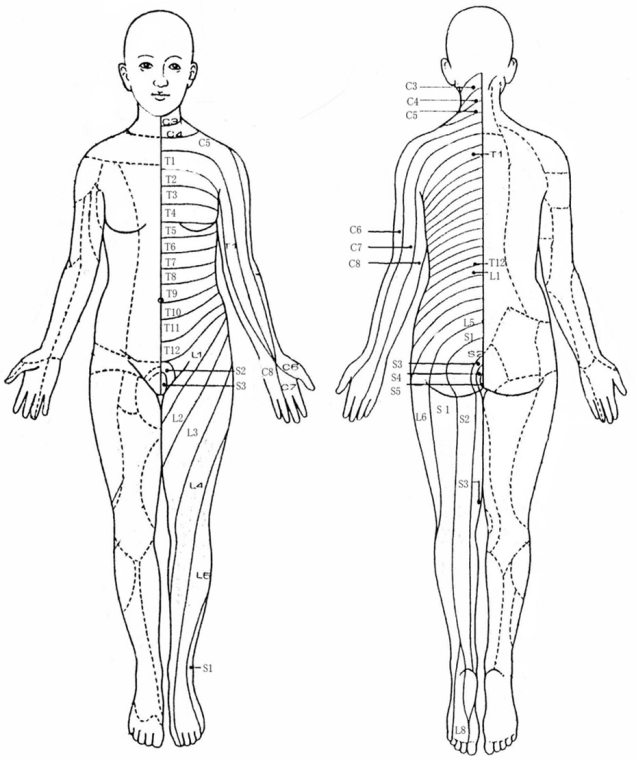
登録No.【　　】

健康相談票

西暦　　年　　月　　日

※太線内にご記入ください

ふりがな 氏　名		※未成年の場合 保護者名	男 ・ 女	西暦 年　月　日生	年齢 歳
住　所	〒		自宅　TEL　　－　　－ 携帯　TEL　　－　　－		
職　業 （学校・学年）			仕事の内容 （スポーツ種目）		
当院の情報	・ホームページ　・紹介者（　　）　・その他（　　）				
症　状	痛い部分・病名・ケガ等	いつ頃から？	病院等の診断結果		
服用中の薬	（高血圧の薬、等）				
生活習慣等	◎睡眠時間（平均）＝　　時間程度　◎喫煙の有無＝無・有（　　本/１日） ◎飲酒＝飲む（ほぼ毎日・付き合い程度）・飲まない　◎利き腕＝（右・左）				
手術歴 事故歴	病名・状況等	手術・事故等の時期	現在の状況