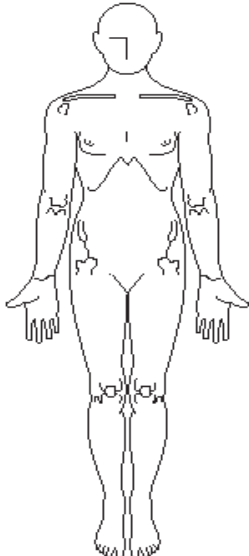
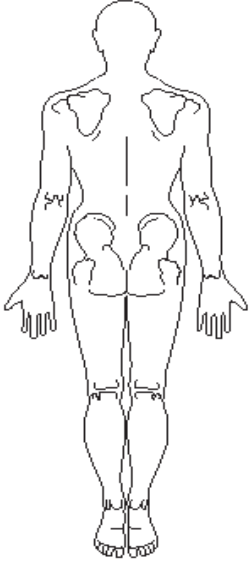


ウェルディア品川治療院
ご利用者 カルテ

ご紹介者()

| | | | |
|---|-----------------|--|---------|
| ふりがな ご氏名 Name | | 生年月日 Birth Date | 初回受付年月日 |
| | | . . | 201 . . |
| ご自宅住所(地域名) Home Address | | 電話番号 Phone number | |
| | | | |
| | | 緊急連絡先 Emergency Contact | |
| | | | |
| ご勤務先名 Company Name | | | |
| 身長 Height cm | 体重 Weight kg | 血圧 Pressure □普通 □低め □高め Normal Low High | |
| 視力 Eye sight □正常 □近視 □遠視 □乱視 □左右の視力に大きな差がある Normal Short sighted Long sighted Astigmatism Big difference in right and left sight | | | |
| アレルギー Allergy □無 □有 <□金属 □花粉症 □アトピー □薬品 □化粧品 □食品 □その他()> No Yes < Metal Pollen Atopy Medicine Cosmetics Food Other > | | | |
| 常用薬品 Medication | | | |
| 日常多い姿勢・動作 Frequent Daily Activity □立位(動的・静的) □座位 □デスクワーク(PC使用・書きもの) □車の運転 □歩行 Standing (with・without movement) Sitting Desk work (Computing・Writing) Driving Walking | | | |
| 生理 Menstruation □順 Regular □不順 Irregular 生理に伴う主な症状 Any Problems? □なし □寝込む □頭痛 □腹痛 □腰痛 □発熱 □倦怠感 □その他() None Remain in bed Headache Cramps Back pain Feaver Fatigue other | | | |
| 既往歴(大きな病気や外傷など) Have you ever had any illnesses or injuries before? 年(year) 月(month)頃 内容(medical history)・・・ 年(year) 月(month)頃 内容(medical history)・・・ 年(year) 月(month)頃 内容(medical history)・・・ | | | |
| スポーツ歴 Do you play any sports? | | | |
| 特に気になるところに○をして下さい。Please circle areas of discomfort. | | | |
|  | |  | |