

お名前： _____

1 具合の悪いところに
○をつけて下さい。

2 症状はいつからですか？

3 どんな症状ですか？

痛い 痛くも痒くもない

その他 (_____)

4 毎日飲んでいる薬や健康食品はありますか？

あります。

ありません。

その名前を記入して下さい。

5 これまで、以下の病気や怪我をしたことがありますか？

糖尿病 リウマチ 下肢の怪我や手術

膝や股関節の痛み 腰の痛み 脳梗塞

6 どんな靴をよく履いていますか？

運動靴 ヒール 安全靴 その他 (_____)

7 診察時に聞いておきたいことがあれば教えてください。

