

Sesamoid Chiropractic Office

日付 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 (T/S/H) 年 月 日

住所 〒 ( ) \_\_\_\_\_

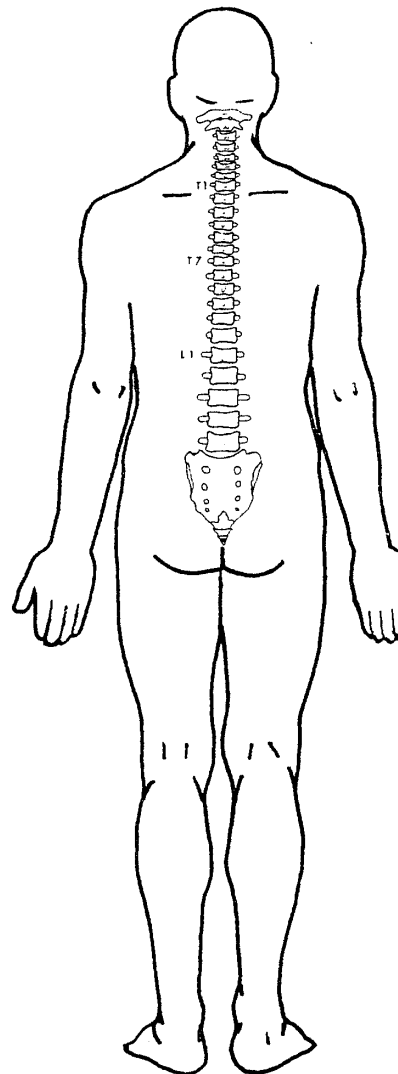
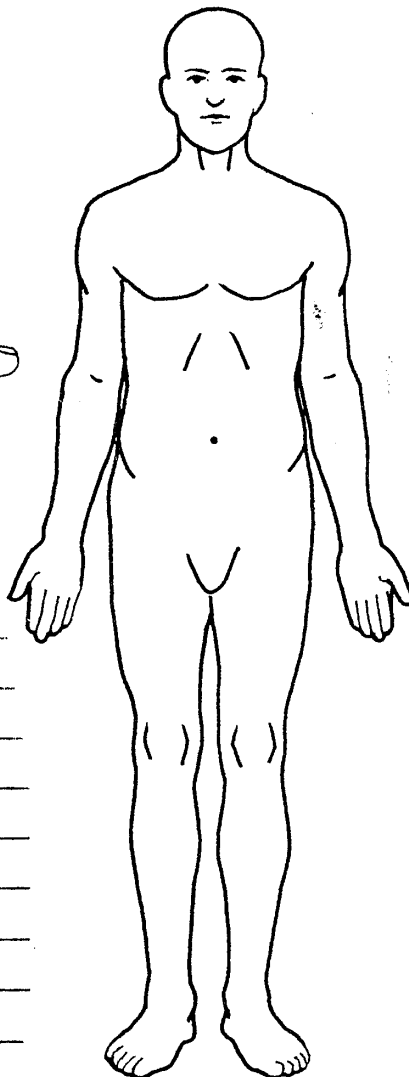
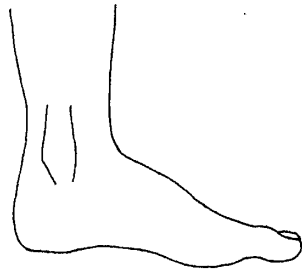
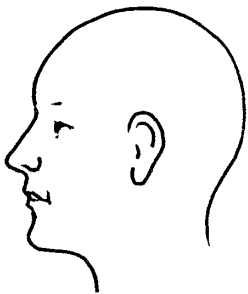
連絡先 ( ) - 自宅 ( ) - \_\_\_\_\_

御紹介者名 \_\_\_\_\_

【主訴】 (痛み、痺れ等) (発症時) \_\_\_\_\_

【病歴・外傷歴】 (今までの入院歴、大きな怪我、手術歴がありましたらお書き下さい)

【自覚症状】 (痛みなどの異常を感じる場所に○印をつけて下さい)



《所見》 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_