

Sesamoid Chiropractic Office

日付 _____

名前 _____ 生年月日 (T/S/H) 年 月 日

住所 〒 (-) _____

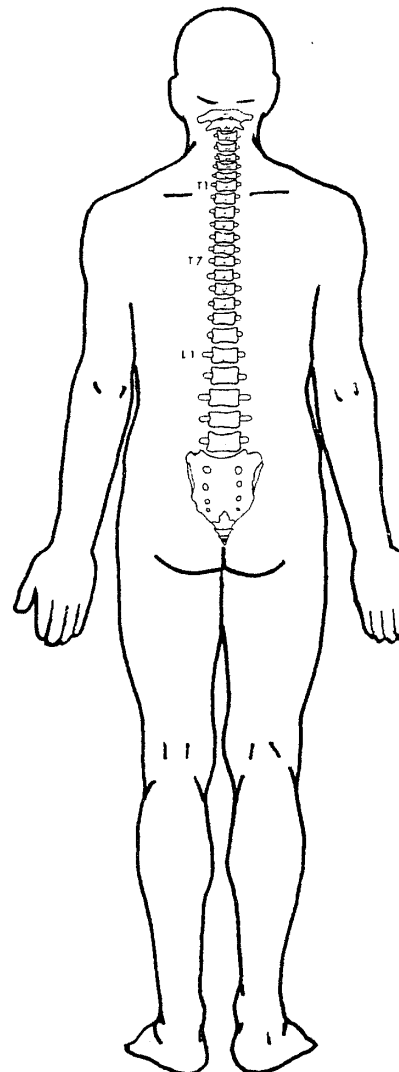
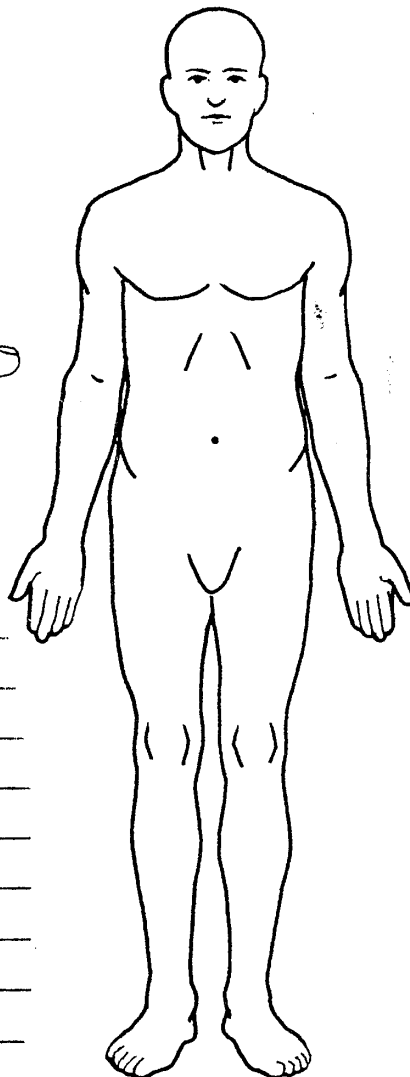
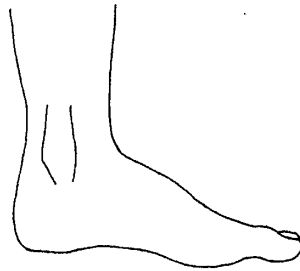
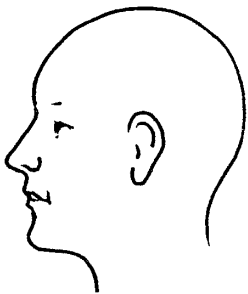
連絡先 () _____ 自宅 () _____

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》 _____
