

ID:

可能な範囲で結構ですのでご記入をお願いします。診察の参考にいたします。

お名前: _____ 性別: 男・女 年齢: _____ 歳 _____ カ月

本人以外の連絡先: _____

① これまでに温熱療法を受けたことがありますか？ □はい □いいえ (はいの方は医療機関名: _____)
② 紹介状をお持ちですか？ □はい □いいえ
③ 過去に大きな病気やけがをされたことがありますか？ □はい □いいえ (病名: _____ 手術名: _____)
④ 常備薬はありますか？ □はい □いいえ (はいの方は薬剤名: _____)
⑤ アレルギーはありますか？ □はい □いいえ (種類: _____)
⑥ 心電計、ペースメーカー、植え込み型除細動器を使用していますか？ □はい □いいえ
⑦ 人工内耳を使用していますか？ □はい □いいえ
⑧ 現在妊娠中もしくは出産後6カ月未満ですか？ □はい □いいえ
※ ⑥～⑧に該当する方は治療をお受けすることが出来ません。
⑨ 脳動脈クリップ、脳、心臓のステント、人工関節の金属が体内に入っていますか？ □はい □いいえ
⑩ その他、手術等や外傷等による金属が体内にありますか？ □はい □いいえ
⑪ 刺青(タトゥーやアートメイク等)はありますか？ □はい □いいえ
⑫ 金属を含む貼付剤を使用していますか？ □はい □いいえ (はいの方は薬剤名: _____)
⑬ 豊胸材(シリコン)等の埋め込みはありますか？ □はい □いいえ
⑭ ウイッグ等ヘアピンなどを含む装飾品はありますか？ □はい □いいえ
治療中は体温が上がり汗もたくさんかきますので、外していただくことをお勧めしています。 そのままでも構いません。ご希望をお知らせください。 □外しても大丈夫 □できれば外したくない
※ ⑨～⑭に該当する方は、温熱箇所により火傷や変色等の恐れがありますので、治療前に必ずお知らせください。