

問診票

(InBody S10 計測のみの患者さま用)

お名前：
ふりがな

生年月日：西暦 年 月 日

ご住所：〒

T E L：

◆現在リンパ浮腫治療を受けている病院 []

◆担当セラピスト []

◆現在使用中の弾性着衣について教えてください

昼間(製品名) ・

・
・

昼間の使用頻度 [毎日 ・ 週3~4回 ・ 週1~2回 ・ 時々]

[その他 ()]

夜間(製品名) ・

・
・

昼間の使用頻度 [毎日 ・ 週3~4回 ・ 週1~2回 ・ 時々]

[その他 ()]

◆その他、現在お持ちの使用していない弾性着衣があればご記入ください。
[]

◆確認の為チェックをお願いします

ペースメーカー装着していません

妊娠中ではありません