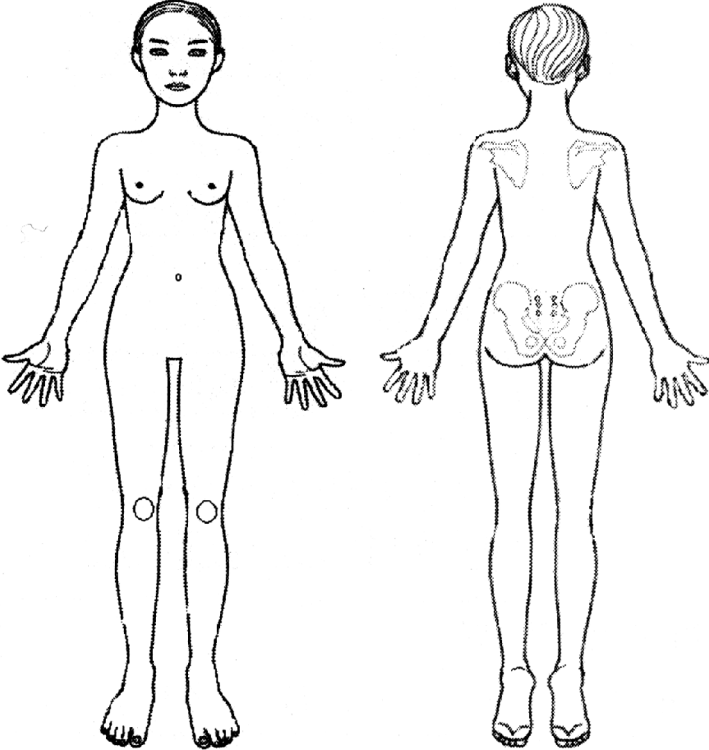


フリガナ			年齢	生年月日 明治・大正・昭和・平成		
氏名	男・女		歳	年	月	日
住所	〒 都道府県					
電話	自宅 ( ) 携帯電話 ( )	職業 学校名			紹介者	

以下の項目であなたの症状であてはまる所に☑ください。

\*痛みや違和感のあるところに、○をつけてください。 \*いつから痛みますか?



- 今日  昨日  おととい  1週間前ごろ
- 2週間前ごろ  3週間前ごろ  1ヶ月前頃
- 1ヶ月以上( )

\*症状についてお聞かせください。(複数可)

- 痛み  こり・だるさ  しびれ  動きにくい
- 生理痛  めまい  寝違い  むちうち
- 坐骨神経痛  骨盤のゆるみ  むくみ  冷え性
- こむら返り
- スポーツをして痛めた(スポーツ名→ )
- その他( )

\*症状について原因と考えられるのは何だと思えますか? できる限り詳しく記入してください。

\*今回は、どのような治療を希望していますか?(複数可)

- 痛みをとりたい  しびれをとりたい  予防のために  筋肉をほぐしたい  全身を診てもらいたい
- つらい所だけを治したい(それは、主にどこですか?→ )
- マッサージをしてほしい  はり治療をしてほしい

\*既往症のある方は、どのような疾患がありますか?(複数可)

- 糖尿病  高血症  心(循環)疾患  呼吸器疾患  消化器疾患  腎疾患
- その他( )  現在、妊娠中。あるいは、その疑いはありますか?(はい・いいえ)

\*今、お悩みの症状で他の医療機関を受診したことがありますか?(複数可)

- 整形外科  整骨院・鍼灸院  整体・マッサージ  その他( )

\*今まで他院で受けたことのある治療のを教えてください。(複数可)

- はり  きゅう  電気治療  カイロプラクティック  整体・マッサージ

\*以前、鍼灸やマッサージなどをした後で調子が悪くなったことはありますか?(はい・いいえ)

\*来院動機を下記からお選びください。(複数可)

- 当院ホームページ(どんな言葉で検索しましたか?→ )  紹介  当院の看板  チラシ
- 評判を聞いて  ハガキ  その他( )