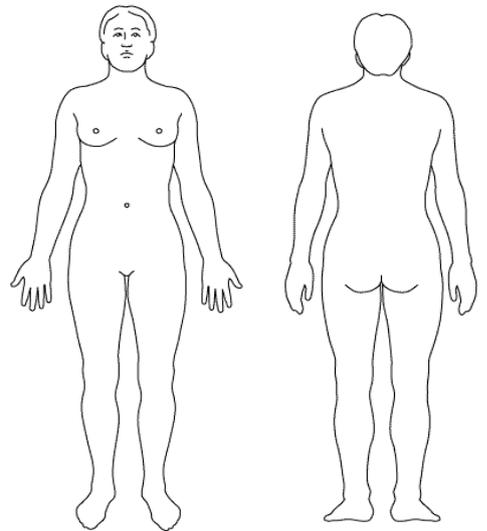


フリガナ		生年月日	SH	年	月	日	生まれ (歳)
お名前	様	男	女	携帯番号			
ご住所	〒 (アパート・マンション名とお部屋番号までお願いします)						
ご職業	経験がある治療に○を付けて下さい		はりきゅう マッサージ 接骨院 整体 カイロプラクティック				
当院で受けてみたい治療法に○、避けたい治療法に×をつけて下さい (ご希望が無ければお任せに○を)			お任せ はり きゅう マッサージ				
ご来院のきっかけ	紹介 (様) ホームページ エキテン 看板 その他 ()						
個人情報保護法に基づき厳重に取り扱い、当院の業務に関する以外は一切使用致しません。 季節のご挨拶や、割引きのハガキなどご不要な方はこちらにチェック☑して下さい ⇒ <input type="checkbox"/> ハガキ不要							

① いつ頃から、どんな症状でお困りですか？



② 過去から現在にかけてかかった病気・服用中のお薬、また、大怪我をした経験があればご記入下さい。

③ 痛みや不調が改善したら、どんなことをしたいですか？

④ 以下の3つで、最も該当するものにチェック☑して下さい。

- とりあえず今の痛み不調を無くしたい
- 痛み・不調の原因を根本から治したい
- 根本から改善した後も再発予防に体のメンテナンスをしていきたい

↑ 場所を図示してください ↑

痛い→×、重い・だるい→△、しびれ→▼

⑤ 以下の当てはまるものにチェック☑し、()内に記入または○を付けて下さい。

<input type="checkbox"/> 眠りが浅い	<input type="checkbox"/> ストレス、悩み	<input type="checkbox"/> 目が疲れる
<input type="checkbox"/> 動悸、息切れ	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> ペースメーカー使用
<input type="checkbox"/> 食欲が無い	<input type="checkbox"/> 胃が痛い	<input type="checkbox"/> 胃もたれ、むかつき
<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> 下痢、軟便	<input type="checkbox"/> 便秘 (週 回排便)
<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> たん	<input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい
<input type="checkbox"/> 喉の痛み	<input type="checkbox"/> 鼻水、鼻づまり	<input type="checkbox"/> アレルギー (種類)
<input type="checkbox"/> 耳鳴り (左・右)	<input type="checkbox"/> 難聴 (左・右)	<input type="checkbox"/> 尿 (頻尿・少ない)
<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 汗 (多い・少ない)
<input type="checkbox"/> 血圧 (高い・低い)	<input type="checkbox"/> 冷え性 (手・足)	<input type="checkbox"/> むくみ (顔・手・足)
<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 体温 (高い・低い)	<input type="checkbox"/> 頭痛 (前・横・後・全体)
<input type="checkbox"/> ウォーキング	<input type="checkbox"/> ジョギング	<input type="checkbox"/> その他の運動 ()
<input type="checkbox"/> お酒 (週 回)	<input type="checkbox"/> たばこ (1日 本)	<input type="checkbox"/> コーヒー (1日 杯)
<input type="checkbox"/> 生理痛	<input type="checkbox"/> 生理不順	<input type="checkbox"/> その他の婦人科症状 ()