

初見日 年 月 日

No.

あなたの症状を把握し、最善の施術をおこなう為に必要な情報です。
質問の内容がわからない場合はご説明しますので聞いて下さい。

ふりがな

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____ 生年月日 年 月 日 才

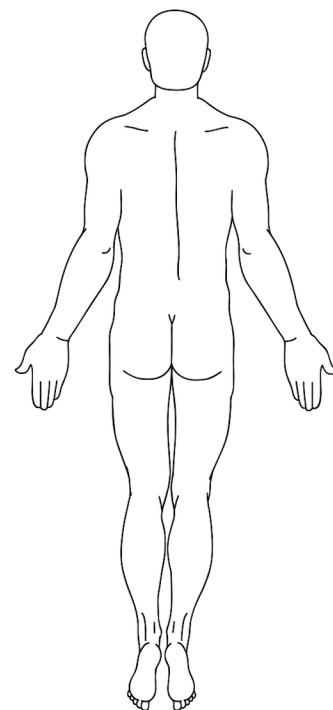
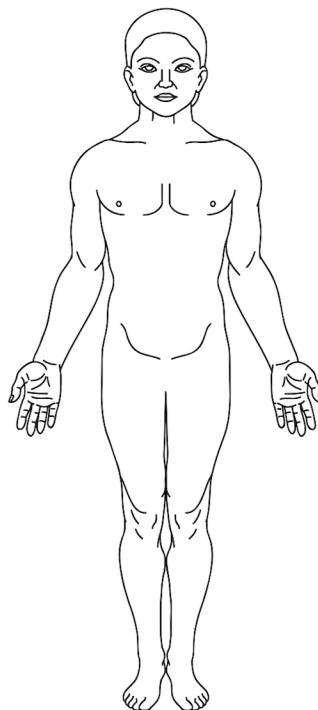
どの様なお悩みで来院されましたか？症状を教えてください。

※上手く書けない場合は空欄でもけっこうです。問診でお伺いします。

●人体図に「痛み・不調な所・気になる所」に印をつけて下さい。

●該当事項全てにチェック願います。

- () 痛みやしびれを改善したい
- () 肩こりなど体のコリを改善したい
- () 疲れやすい体質を改善したい
- () 体のゆがみを改善したい
- () その他



●体の状態で該当箇所にチェック願います。とてもつらい部分を◎ つらい部分○ 気になる部分△

- | | | | | |
|---------|----------|----------|----------|---------|
| ()肩こり | ()首のこり | ()耳鳴り | ()ふらつき | ()めまい |
| ()ほてり | ()頭痛 | ()目の疲れ | ()動悸 | ()息切れ |
| ()不整脈 | ()倦怠感 | ()鼻づまり | ()花粉症 | ()便秘 |
| ()背中痛み | ()背中のこり | ()腕の痛み | ()腕のしびれ | ()冷え性 |
| ()腰痛 | ()お尻の痛み | ()胃痛 | ()腹痛 | ()不眠 |
| ()下痢 | ()生理痛 | ()生理不順 | ()頻尿 | ()イライラ |
| ()足の痛み | ()膝痛 | ()足のむくみ | ()足のしびれ | ()ストレス |

●現在、何かの疾患で医療機関に通院中の方はご記入下さい。

診断名

●仕事や日常生活に該当する事項、全てに○をして下さい。

立ち仕事 座り仕事 重たい物をよく持つ パソコンをよくする
車をよく運転する 授乳中 育児中 本や新聞をよく読む
よく歩く 介護をしている

●その他、身体の状態や生活習慣について教えて下さい。

平均睡眠時間 時間 食欲 ある ない
.....
喫煙 吸わない 時々 毎日 () 本
.....
飲酒 飲まない 時々 毎日
.....
妊娠 していない している () 週
.....
血圧 最高血圧 () 最低血圧 ()
.....
体温 平熱 () 度 運動習慣 ある ない
.....

●過去に大きなケガや病気をしたことがありますか？ ある ない

あるの場合
