

ふりがな ( 男 ・ 女 ) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

氏名 \_\_\_\_\_ 自宅番号 ( ) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 携帯番号 ( ) \_\_\_\_\_

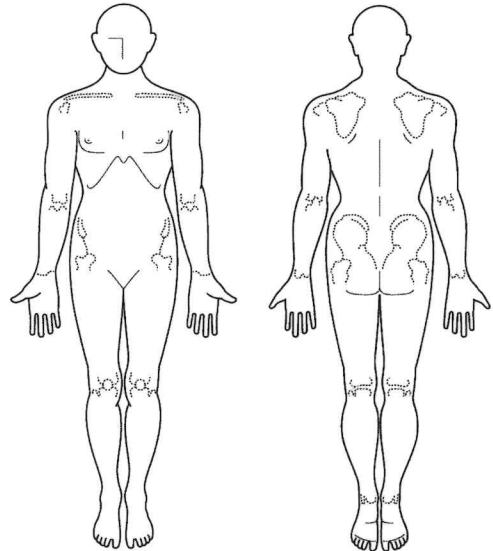
職業 \_\_\_\_\_ 趣味 \_\_\_\_\_

来院のきっかけ  紹介 ( )  看板を見て  チラシ  インタネット  その他 ( )

1. どのような症状でお困りですか

具合の悪いところに○をつけてください

- 痛い  しびれる  はれ  感覚が鈍い
- 動きが悪い
- その他 ( )



2. それはいつ頃からですか

- 今日  昨日  2~3日前  1週間前ごろ
- 2週間前ごろ
- ※2週間以内のケガでしたら保険が適用されます

3. はり治療を希望されますか？  はい  いいえ

4. その原因はなにですか(複数可)

- 立ち上がった時  重いものを持った時  寝ているとき  腕を上げたとき  腰をおろしたとき
- 同じ姿勢を続けたとき  運動していた時(スポーツ名: \_\_\_\_\_)
- 仕事していたとき(動作内容: \_\_\_\_\_)

5. 治療中、または診断を受けたことのある病気はありますか

- 高血圧  糖尿病  骨粗しょう症  脳疾患  血液疾患  心臓病  肝疾患  腎疾患
- 悪性腫瘍  リウマチ  その他 ( )

6. 当てはまること、気になることはありますか

- 頭痛  めまい  耳鳴り  姿勢が悪い  冷え性  むくみ  外反母趾  O脚
- 便秘  ダイエット  その他 ( )

7. 趣味や健康目的で何か運動・スポーツされていますか

運動・スポーツ名 ( ) \_\_\_\_\_ 回 / 週 ・ 月

当院では、ケガの治療が終わったら、全身治療で身体のメンテナンスをしております。  
 痛みや不調のない生活を一緒に目指してみませんか。  興味あり

