

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 ()

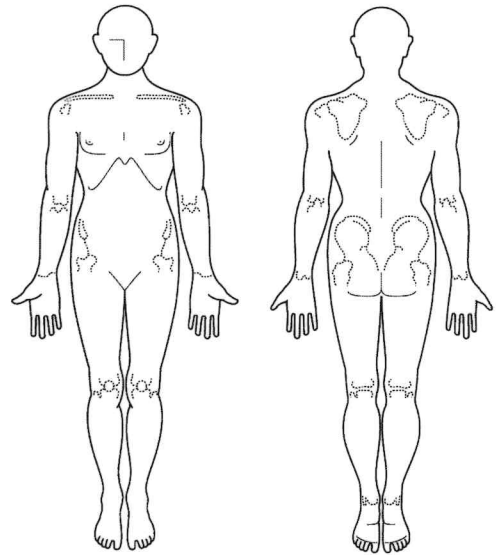
職業 趣味

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

整骨院を習慣に