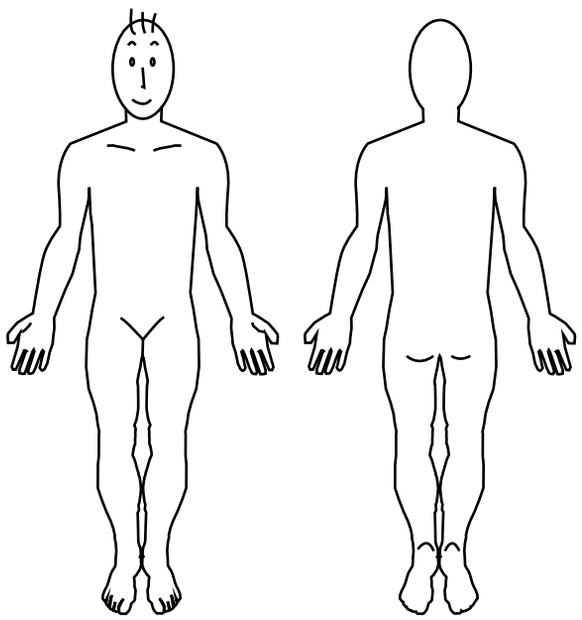
ゆったり整体院フィール 施術申込書　　年　月　日

☆初回は初診料１０００円　６ヶ月来院のない場合再診療が１０００円かかります

氏名	ふりがな	連絡先	携帯電話番号
ご住所	〒 県　市　町	生年月日	西暦　年　月　日（　歳）
		何で知りましたか？紹介者氏名	ネット・facebook・紹介者（　）
スポーツ頻度	いつから(　)年前から(　)を週(　)回程度	職業の業種・学生は学年	

痛みのある部位を下の図にご記入下さい。範囲を囲って下さい。**空欄は全て埋めてください（なしであれば、なしと記入）**



その痛みは、どの位痛いですか。
痛みのある箇所に最も近い場所を〇で囲んでください。

痛み無し　わずかに痛い　かなり痛い　非常に痛い　想像できる最大の痛み

立位				右荷重					
前屈(下)				左荷重					
後屈(上)				爪先荷重					
右側屈				踵荷重					
左側屈				しゃがみ					
右回旋				右爪先					
左回旋				左爪先					

一番つらい症状・部位はどこですか？ 1回で全ての部位は行えません			
いつ頃からですか？かなり昔の場合、約でOK	年前　ヶ月前　日前		
どのようにしたら痛いですか？痛い動作・姿勢を記入▶	□動かしたら痛い　□じっとしていても痛い		
1日の中でいつ痛いですか？	常に　朝　昼　夕　夜		
この症状で現在や過去に病院で診断を受けたことがありますか？（複数記入願）どちらの病院で、何という診断名でしたか？	診断を受けたのは、いつごろですか？　年前　ヶ月前　日前 病院名　診断名		
治療経験	□なし　□整体　□カイロ　□整骨接骨院　□鍼灸 □クイックマッサージ　□その他		
服用中のお薬サプリメント			
過去の事故病気・怪我・手術			
睡　眠	眠れない・眠りすぎる・目覚めやすい・朝起きたらしんどい		
頭　痛	頻度　週　回	めまい・立ちくらみ・ふらつき	
食　欲	旺盛・普通・ない	便　通	1日　回　便秘・下痢
胃	胃が痛い・胸焼け・ゲップ・吐き気・嘔吐・脇腹痛		
せ　き	多い・少ない・咳き込む	鼻	つまる・鼻水が出る・アレルギー
胸	心臓や胸が重苦しい・動悸・息切れ	冷え	手・足・腹
尿	多い・少ない・近い・夜間　回	出産	あり・なし
月　経	順調・不順・無い(　ヶ月前から)	不妊治療	している・なし
体　質	寒がり・暑がり	冷え性・のぼせ症	汗かき・汗をかかない
その他	疲れやすい・耳鳴り・難聴・手足のむくみ・アトピー・疲れ目		
	飲酒　週　回　タバコ　1日　本		