

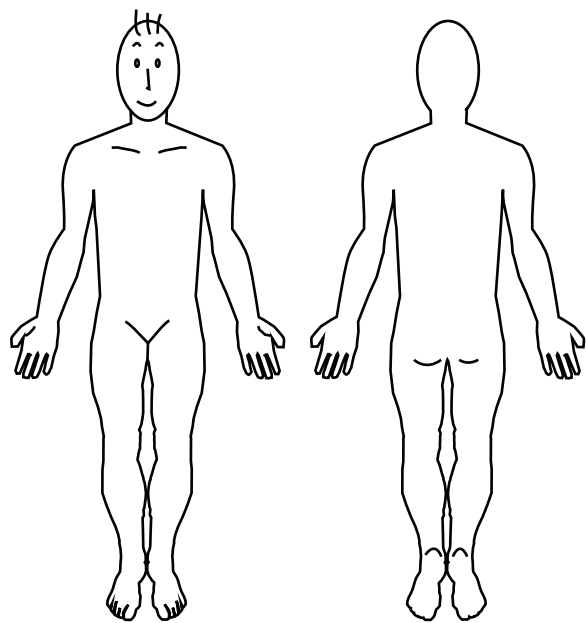
☆初回は初診料1000円 6ヶ月来院のない場合再診療が1000円がかかります

氏名	ふりがな	連絡先	携帯電話番号
	-----		-----

住所	〒	生年月日		
	県	市	町	西暦 年 月 日 (歳)
-----		何で知りましたか?	ネット・facebook・紹介者 ()	
-----		紹介者氏名	-----	

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○で囲んでください。

痛み無し
 わすかに痛い
 かなり痛い
 非常に痛い
 想像できる最大の痛み

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
どのようにしたら痛いですか? 痛い動作・姿勢を記入▶		<input type="checkbox"/> 動かしたら痛い	<input type="checkbox"/> 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
治療経験		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> 整骨接骨院 <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> クイックマッサージ <input type="checkbox"/> 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	
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	
食欲	旺盛・普通・ない	便秘	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		