

年 月 日

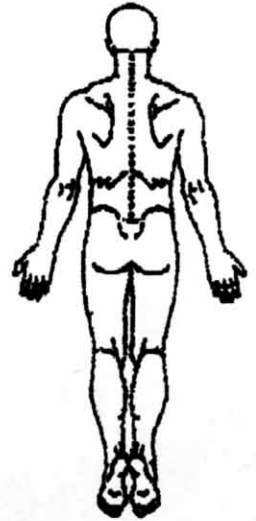
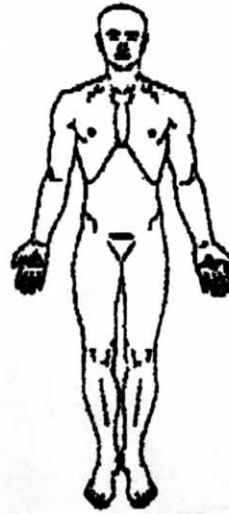
フリガナ			性別・年齢	ご来院のきっかけ
氏名			男・女	紹介()看板 チラシ HP 知人に聞いて 通りがかり その他
			歳	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
住所	〒			世帯主 フリガナ 氏名 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
電話番号		携帯番号		
職業				

<ご来院のきっかけとなった症状についてお伺いします>

今日どのような症状で来院されましたか？
(当てはまるものにチェックをしてください)

痛い しびれる だるい
感覚が鈍い 動きが悪い 倦怠感
眼精疲労 頭痛
その他(下記空欄に具体的にご記入ください)

具合の悪いところに○をつけてください



その症状はいつからですか？

思い当たる原因はありますか？

今の症状で医療機関を受診しましたか？

はい ⇒ 整形外科・整骨院・整体院(カイロ)
いいえ



受けられた治療の内容はどんなものですか？

電気 マッサージ ストレッチ
温熱 その他

現在治療中、または診断を受けたことのある病気はありますか？

骨粗鬆症 糖尿病 脳疾患
血液疾患 心臓病 高血圧
肝疾患 腎疾患 悪性腫瘍
その他



手術を受けられたことはありますか？

有り
無し

嗜好品について

たばこ	アルコール
<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 飲まない
<input type="checkbox"/> 吸う	<input type="checkbox"/> 飲む
・1日 ()本	・1日摂取量 ()
・フィルターは	・最近増えましたか
<input type="checkbox"/> 噛む	<input type="checkbox"/> 増えた
<input type="checkbox"/> 噛まない	<input type="checkbox"/> 変わらない
・最後まで吸いますか？	水分摂取について
<input type="checkbox"/> 吸う	1日の摂取量は
<input type="checkbox"/> 半分くらい	500ml ()本程度
	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> その他

女性の方にお伺いします

現在妊娠中もしくは可能性がありますか？

有り ()ヶ月 無し

月経について

・周期 ()日 周期 ()日間

一定
不規則 ⇒ 早くなる・遅れる

・月経痛について

ひどい たまに痛む
ほとんど無い
鎮痛剤 ⇒ 使用 使用しない

<日常生活についてお伺いします> のあるところでは該当するものにチェックをお願いします