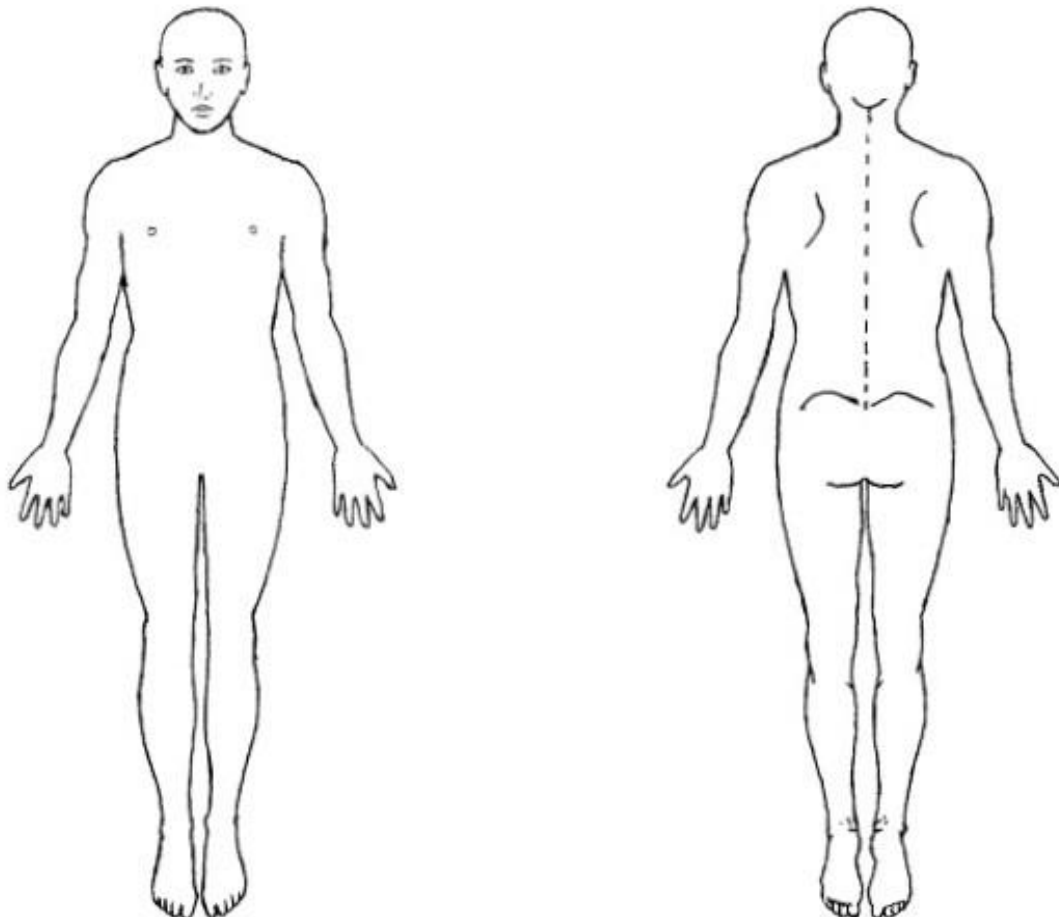


(フリガナ)			No.	—
氏名	男 女	身長	cm	
		体重	Kg	
生年月日	年	月	日 ( 歳)	視力 左 : 右 :
住所	〒 —			
連絡先	( ) —	E-メール		
職業・勤務先				
いつから どのような 状態ですか？				
治療経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> カイロプラクティック <input type="checkbox"/> 病院 (整形外科等) <input type="checkbox"/> 指圧・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> 接骨院・整骨院 <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
服用中の薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      )	平均睡眠時間                      時間		
来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 御紹介 (                      様 ) <input type="checkbox"/> ホームページ ( Yahoo! ・ Google ) ⇒ ( パソコン ・ スマートフォン ) <input type="checkbox"/> 検索キーワード (                      ) <input type="checkbox"/> その他 (                      )			

身体の中のどの部分がつらいのか、下の身体図に症状の度合いを記入してください。

こり ○ しびれ ● にぶい痛み △ するどい痛み ×



◆過去にかかった病気のある方はご記入ください。

---

◆現在、何かの病気で医療機関にかかっている方はご記入ください。

---

◆現在の体調に当てはまるものに☑印をつけてください。

### 首・頭

- 頭痛
- 顔面の痛み・マヒ
- あごの痛み
- 歯の痛み
- 目の奥の痛み
- 首筋のコリや痛み
- ムチウチ症
- めまい
- 耳鳴り
- 寝違え
- 不眠症

### 肩・腕(上肢)

- 肩こりや痛み
- 腕の痛み・しびれ
- 肘の痛み
- テニス肘
- 手首の痛み
- 腱鞘炎
- 手指の痛み・しびれ
- 手指の冷え・むくみ

### 腰・背中・胸

- 胸の痛み
- 背中の痛み
- 下腹部痛
- 腰痛
- ギックリ腰
- 肋間神経痛
- 坐骨神経痛
- 椎間板ヘルニア
- 側弯症
- 猫背
- お尻・尾骨の痛み

### 脚(下肢)

- 脚の付け根の痛み
- 脚の痛み・しびれ
- 脚の冷え・むくみ
- 膝の痛み
- 膝に水がたまる
- ふくらはぎの痛み
- 足首・かかとの痛み
- 脚・X脚

### その他

- 疲れやすい
- 動悸・息切れ
- 高血圧
- のどが弱い
- 便秘
- 生理痛・生理不順
- 更年期障害
- 咳がよく出る
- 胸やけ
- 胃もたれ
- 下痢をしやすい

◆生活環境について教えてください。

- 立ち作業と座り作業はどちらが多いですか？ 立ち作業 座り作業 同じくらい
- 運動習慣 なし あり【種目】を週に【】回、1回につき【】分位実行
- 喫煙習慣 なし あり
- 飲酒習慣 なし あり

◆その他なにかご不明な点、ご質問ありましたらご記入してください。

---

---

---