



ふりがな
お名前

_____ 生年月日 西暦 _____ 年 / _____ 月 / _____ 日

ご住所

_____ メール _____ @ _____

電話番号 _____

主に従事しているお仕事 _____

症状・原因・セルフケア等まとめた内容をPDFデータでお送りしますか？（LINE推奨、1,100円） 必要 不要 相談次第

【これまで受けたことのある治療・施術に「✓」してください】

- あんま・指圧 筋膜リリース 鍼灸 ストレッチ 理学療法士による治療・リハビリ
医師の診断・治療 投薬 カイロプラクティック その他整体・もみほぐし

・現在お薬を飲まれていますか？ はい いいえ

お薬の名前 _____

これまで経験した・現在あるものに「✓」をしてください。

<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 関節炎の診断
<input type="checkbox"/> 骨折・脱臼	<input type="checkbox"/> 心・循環器疾患	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 捻挫	<input type="checkbox"/> 静脈瘤	<input type="checkbox"/> 外科手術
<input type="checkbox"/> 慢性的な痛み・不調	<input type="checkbox"/> 内科疾患 ()	部位 ()
<input type="checkbox"/> 頭痛・めまい	<input type="checkbox"/> がん ()	<input type="checkbox"/> アレルギー
<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 糖尿病・高血糖	種類 () ()

現在の調子

・食欲 普通 少食気味 過食気味

・便通 普通 下痢 便秘

・体温 普通 暑がり 冷え性 (特に 足 手 全身 その他 _____)

調子の悪い・痛む所に(X)をつけてください。

また、施術前に知っておいて欲しいことなど
ありましたらご記入下さい。

