

ふりがな		住所	〒	
氏名				
大 昭 平 令		電話	紹介者 ホームページ他	
年 月 日		携帯		

(以下あてはまる内容にチェック☑を付けてください)

症状のある部位に○をつけてください

・どのような症状ですか

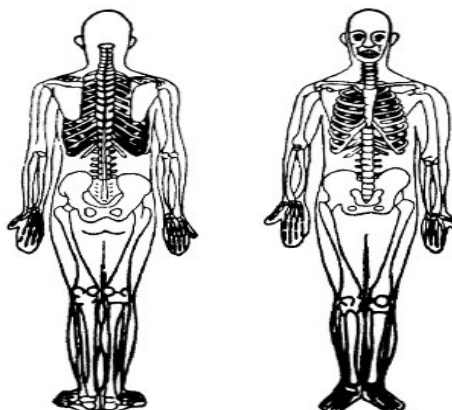
- 痛い しびれる 腫れ
 感覚が鈍い 動きが悪い
 その他()

・それはいつ頃ですか

- 今日 昨日 1週間前後
 その他()

・気になる症状はありますか

- 頭痛 めまい 耳鳴り 不眠
 食欲不振 胃もたれ 胃が張る 胸やけ 胃痛 吐き気 便秘 下痢
 動悸 息切れ 胸苦しい 疲れやすい むくみ 冷え性 のぼせ 関節痛
 不安感 目がかすむ 鼻がつまる 喉がかわく 喉がつまる 咳がでる
 小便が近い 小便の出が悪い 生理不順 不妊 つわり 逆子 かんむし
 肌荒れ 肌の痒み 肌のくすみ 肌のたるみ 食いしばり いびき 歯ぎしり
 その他()



・治療中、またはかかった事のある病気はありますか

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎疾患 肝疾患 骨粗しょう症 リウマチ 甲状腺
 婦人病 高脂血症 その他()

・趣味/健康目的での運動はされていますか

- () _____ 回/週・月 毎日

・女性の方へお伺いします。現在妊娠もしくは可能性はありますか

- いいえ はい(月)

・受診希望は

- はり、きゅう治療(保険適用外) 美容はり(保険適用外)
 整骨/電気治療(保険適用内)…保険証を提出してください