

フリガナ	生年月日
名 前	大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
住 所 〒	電 話 番 号
	メールアドレス

1) どのような症状でお困りですか？
(最も解決したいこと、お困りのことをお書き下さい。)

2) 他にも身体のことで困っていること、
気になることがありましたらお書き下さい。
(より深い診断の参考になります。)

3) 上記の症状によって、日常でどのような不具合が
生じていますか？

4) 上記の症状で以前どこかに通院されていませんか？
 整骨院 整形外科 病院
 その他 ()

5) 目標として、施術を受けて何を望まれますか？
 痛くなくなればよい (再発の可能性あり)
 再発しないよう徹底的に施術して欲しい
 悪いところがあれば、すべて施術して欲しい

6) 現在、病院に通院していますか？
 通院していない
 通院している
 ・どのような疾患で通院されていますか？

7) 現在、薬を服用していますか？
(サプリメントも含む)
 ・どんな薬ですか？

・どのくらいの期間服用していますか？

8) 大きな手術を受けたことが有りますか？
 なし あり

病名・事故など	時期・期間

9) 現在痛みのある所に、○印を付けて下さい。

