

ふりがな

お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

ご住所 〒 _____ 自宅番号 _____ () _____
_____ 携帯番号 _____ () _____

ご職業・学年 _____

来院のきっかけ ご紹介 (_____ 様) 当院の看板 ホームページ その他 (_____)**1 どのような症状でお困りですか？**

- 痛い しびれる はれ 感覚が鈍い
動きが悪い
その他 (_____)

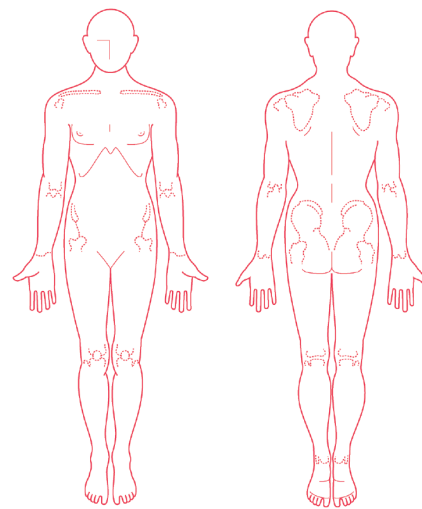
2 いつからの症状になりますか？

- 今日 昨日 2-3日前 1週間前ごろ
2週間前ごろ それ以上前 (_____)

3 その原因は何ですか？(複数可) またはどのようにして痛めましたか？

- 立ち上がったとき 重いものを持ったとき 寝ているとき
腕を上げたとき 腰をおろしたとき 同じ姿勢を続けたとき
運動していたとき (スポーツ名: _____)
その他 _____

*原因が不明なものは保険外になる場合があります。
解る範囲で必ず記入してください。

**具合の悪いところに○をつけてください**

*今回かかる所を、病院や他所の整骨院などで治療を受けたことがある場合はお知らせください。

・医療機関名 _____
・治療期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
・診断名 _____
・治療内容 _____

4 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？

- 高血圧 糖尿病 骨粗しょう症 脳疾患 血液疾患 心臓病 肝疾患 腎疾患
悪性腫瘍 リウマチ その他 (_____)

5 当てはまること、気になることはありますか？

- 頭痛 めまい 耳鳴り 姿勢が悪い 冷え性 むくみ 外反母趾 O脚
便秘 ダイエット その他 (_____)

6 趣味や健康目的で何か運動・スポーツされていますか？

運動・スポーツ名 (_____) _____ 回 / 週・月

7 [女性の方へ] 現在妊娠もしくは可能性がありますか？いいえ はい (_____ ヶ月)**8 ペースメーカーをご使用されていますか？(施術方法が異なりますので必ずご申告をお願い致します) はい いいえ****9 療養費支給申請書に「郵便番号」「電話番号」を記載しても宜しいですか？ はい いいえ**

ありがとうございました。記入済の用紙を受付へお出してください。