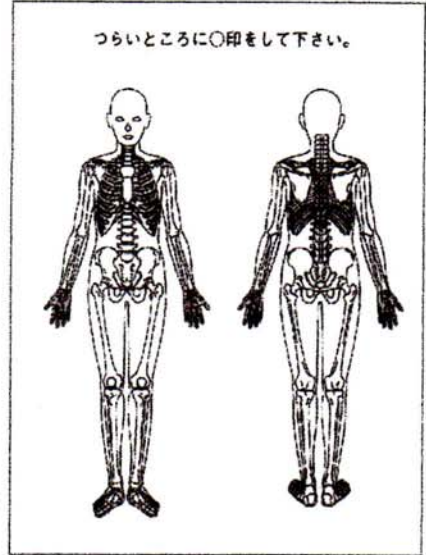


住所 (〒 -)	ふりがな
	氏名
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 男・女	職業
電話番号 ()	携帯電話 ()

●当院を何でお知りになりましたか [紹介 (ご紹介者名 ())・看板・チラシ・ホームページ]

質問1 あなたの現在お困りのことについて全てお書きください。
日常生活を踏まえて、今現在お困りの症状を具体的に教えてください

お困りの症状に対して、今までどんな対処を行ってきましたか?
(病院や治療院など)



質問2 次のうち、該当する事に○印または記入をして下さい

- 1 原因はありますか (いいえ はい ())
- 2 いつからですか (年 月 日頃)
- 3 現在の症状をどのようにしたいですか
 - ・とりあえず痛みが和らげばよい
 - ・痛みがぶり返さないように、他の痛い所や慢性的な部分も治療して完全に治したい
 - ・完全に治し、その後も痛みで困らないように、体のメンテナンスをしていきたい
- 4 どの位の期間で治れば良いと思えますか (1週間・1ヵ月・半年・治るまで・その他 ())
- 5 もし通う必要があるとすれば、どのくらいの頻度で通えますか
(必要ならば毎日でも・週に1回・週に2回・2週に1回・1ヵ月に1回・その他 ()・通えない)
- 6 現在、何か病気をされていますか (いいえ はい (病名))
- 7 今までに (肝臓 心臓 肺 腎臓 膵臓 糖尿病) その他 () の病気をしたことがある
- 8 今までに大きなケガをしたことがある (いいえ はい (ケガ名))
- 9 今までに手術をしたことがある (病名 いつ頃 年 月 日)
- 10 現在、病院に通院されていますか (いいえ はい(病院名))
- 11 現在、病院の薬を飲まれていますか (いいえ はい(薬名))
- 12 血圧はいかがですか (正常 低い 高い 薬を飲んでいる)
- 13 アレルギー疾患はありますか (いいえ はい())

質問3 次のうち、該当する事に○印または記入して下さい

- 1 最近体重が減った (いいえ はい)
- 2 (胸痛・動悸・息苦しい・胸がしめつけられる) がある
- 3 (食欲がない・胃がもたれる・胸やけがする・お腹がはる・お腹が痛くなりやすい)
- 4 下痢 (いいえ はい (なりやすい・習慣性))
- 5 便秘 (いいえ はい (なりやすい・習慣性))
- 6 頭痛 (いいえ はい (頭全体・前頭部・後頭部・側頭部・こめかみ)
- 7 (眼精疲労・目が痛む・目がかすむ・涙目)
- 8 (イライラする・顔のほてり・手足の (冷え・ほてり)
- 9 (耳鳴り・難聴・耳閉・耳痛)
- 10 女性のみお答えください、現在妊娠している (いいえ・はい) 生理 (不順・痛み) 下腹部の (痛み・張り)
- 11 現在の症状が改善したら、何かしたい事はありますか (例:ジムに通いたい、旅行に行きたい)