

ふりがな

お名前

ご住所

電話番号

生年月日

年

月

日

メールアドレス

@

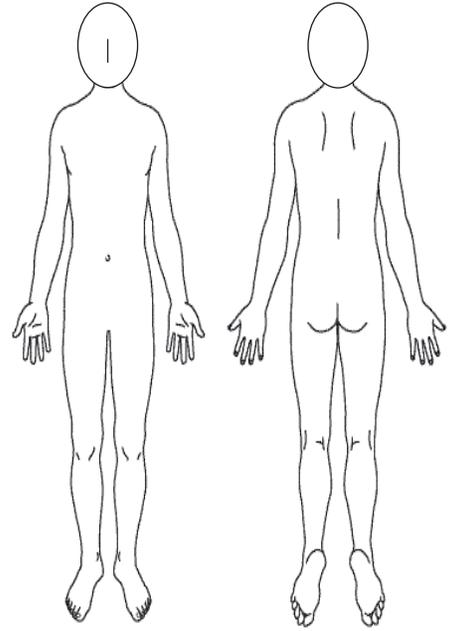
当院を知ったきっかけはなんですか？

() 様の紹介 () ホームページを見た () 広告を見た () その他

右の人体図に痛みやコリなど**気になるところ全てに印をつけてください** →
後ほど詳しくお聞きします。**些細なことでも結構ですので印をつけてください**

★下記の質問であてはまるものすべてにチェックをしてください

- () 痛みやしびれを改善したい
() 肩こりなど体のコリを改善したい
() 疲れやすい体質を改善したい
() 体のゆがみを改善したい
() 産後の骨盤矯正がしたい
() 交通事故によるケガの治療がしたい
() リラックス・体の調整がしたい
() その他

**★現在の体の状態であてはまるもの全てにチェックを入れてください**

- () 肩こり () 首のこり () 腰痛 () 背中痛み () 背中のこり
() お尻の痛み () X脚 () O脚 () 腕の痛み () 腕のしびれ
() 膝の痛み () 足の痛み () 足のしびれ () 足のむくみ
() 不眠 () イライラ () 頭痛 () 頻尿 () 冷え性

★現在何かの疾患で医療機関にかかっている方はご記入ください

診断名

★お仕事や日常生活についてあてはまるもの全てに○をつけてください

立ち仕事 () 座り仕事 () 重たいものをよく持つ () パソコンをよくする () 車をよく運転する
授乳中 () 育児中 () 本や新聞をよく読む () スポーツをよくする () 介護をしている

ご記入ありがとうございました。わからない点があれば、遠慮なく院長にお訊ねください。