

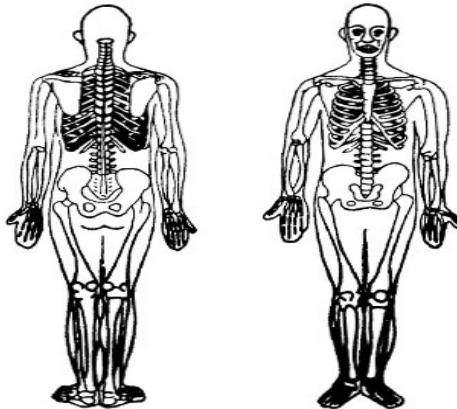
ふりがな				住所	〒	
氏名						
大昭平令		電話			紹介者 ホームページ他	
年月日		携帯				

(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 肿れ
- 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(ヶ月)

・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



新地鍼灸整骨院