



あなたらしい人生へ

よつ葉カイロプラクティック

☎047-460-2428

●完全予約制 ●日曜定休 ●営業時間:9時~21時

月 日

フリガナ					生年 月日	西暦	年	月	日
氏名									
住所	〒								
電話番号					mail	@			
職業	デスクワーク 具体的に（	立ち仕事	営業	主婦	学生	家族 構成	未婚	既婚（子供 人）	妊娠中（ 週）

当院をどのようにしてお知りになりましたか？ 当てはまるものにチェックを入れ、記入をお願いします。

ご紹介 様 インターネット検索 / 検索ワード
リンクサイト（ エキテン ヘルモア 他） 広告 その他

一番お辛い状態になったきっかけについてお答え下さい。

どの位前から？ 何をして？

どのような感じですか？
(刺すように痛む、鈍痛、しびれる、こる、違和感があるなど)

この状態を医師にみてもらっていますか？

>> YES NO

X線・MRI等の画像は撮りましたか？

>> YES NO

今までに大きなケガ・病気・交通事故の経験がありますか？

>> YES NO

診断名： 手術は？

>> YES NO

診断名： 手術は？

>> YES NO

現在ある症状には○、過去の症状は△を付けて下さい。

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 頭痛 | ☐ だるさ・倦怠感 | ☐ 呼吸器の病気 | ☐ むくみ |
| ☐ 肩こり・首の痛み | ☐ 不眠・眠りが浅い | ☐ 喘息・アレルギー | ☐ 貧血・冷え性 |
| ☐ 腕や手の痛み・しびれ | ☐ めまい・耳鳴り・吐き気 | ☐ 甲状腺・免疫の病気 | ☐ 婦人科の病気 |
| ☐ 背中中のハリ・痛み | ☐ 自律神経失調 | ☐ 胃腸の病気 | ☐ 生理痛・生理不順 |
| ☐ 腰痛・足の痛み | ☐ 心の病気 | ☐ 糖尿病・痛風 | ☐ 産前産後の不調 |
| ☐ その他の神経痛 | ☐ 目・耳・鼻の病気 | ☐ 尿が出にくい | ☐ その他の病気 |
| ☐ スポーツのケガ | ☐ 心臓・血管の病気 | ☐ 便秘・下痢 | |

2枚目もご記入下さい

1年以内に健康診断を受けましたか？

>> YES NO

血圧 / mmHg

服用している薬・サプリ

平均睡眠時間 時間

喫煙・飲酒 ☐ タバコ(1日 本) ☐ お酒

運動 ☐ ヨガ ☐ テニス ☐ 水泳 ☐ ジョギング

☐ その他 ()

趣味

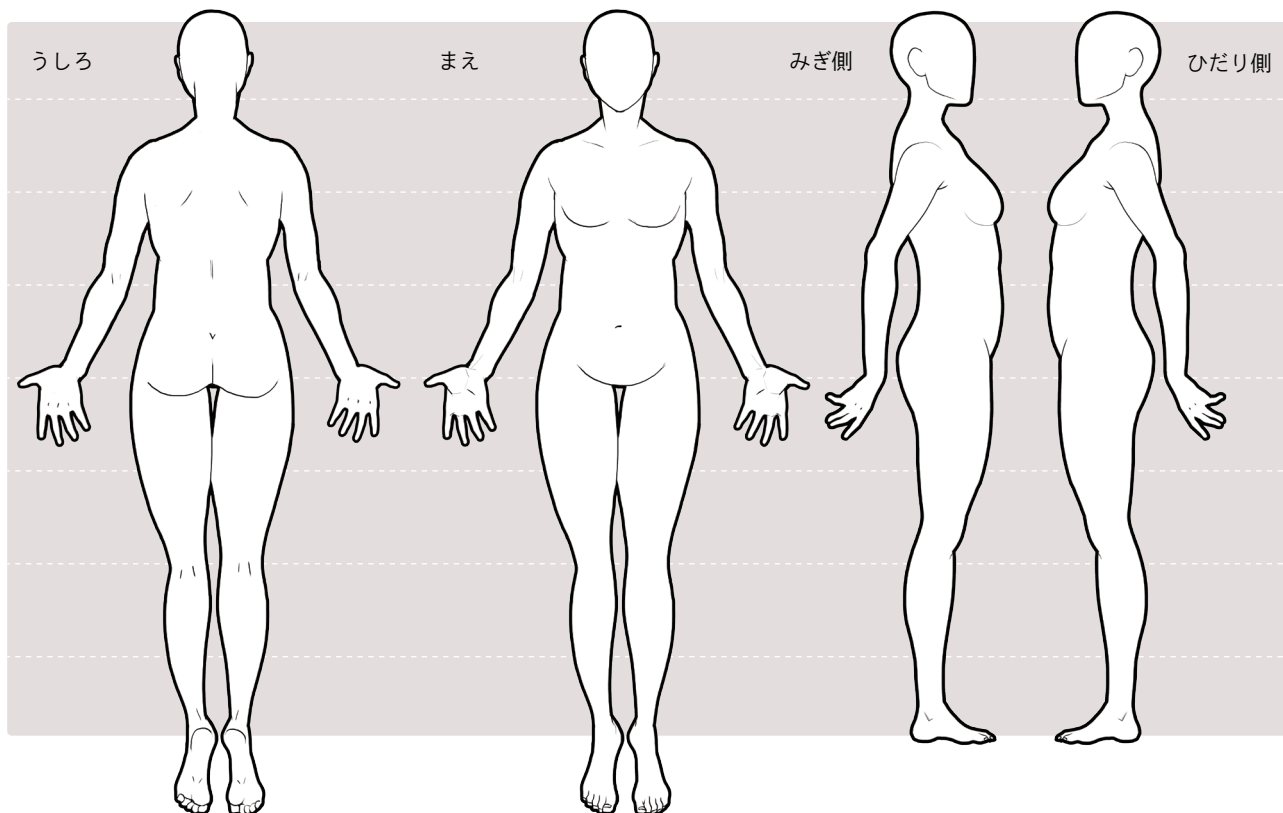
パソコン・スマホの使用時間 時間

今までに受けたことのある治療をお答え下さい。

☐ 整形外科 ☐ 鍼灸 ☐ マッサージ ☐ 指圧 ☐ 整体
☐ カイロプラクティック ☐ その他 ()

お辛いところをお書き下さい。

1 下記の図に痛いところや気になる所を、赤ペンで丸を付けて下さい。
複数箇所、丸を付けていただいてもかまいません。印刷をしてからご記入下さい。



2 今の状態にチェックを入れて下さい。



3 あなたの来院目的はなんですか？
一番当てはまる項目に、チェックを入れて下さい。

- まずは今の症状をなんとかしたい
- 治すだけでなく、良い状態を保ちたい
- 症状を良くするだけでなく、本当に健康な身体になりたい

4 今の症状が改善した時に、1番したいことは何ですか？
おもいっきり仕事に打ち込みたい、痛みのせいで行けなかった場所に行きたいなど、どんなことでも結構です。

5 他に何か伝えておきたいことはありますか？
問診の中で伝えたいけれども記入欄がなかったので書けなかったことなどを、お書き下さい。