



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					
氏名	生年月日		西暦	年	月 日
住所	〒				
電話番号	mail		@		
職業	家族構成	未婚 既婚 (子供 人)			

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。

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> スポーツのケガ | <input type="checkbox"/> 目・耳・鼻の病気 | <input type="checkbox"/> 尿が出にくい |
| <input type="checkbox"/> 肩こり・首の痛み | <input type="checkbox"/> だるさ・倦怠感 | <input type="checkbox"/> 心臓・血管の病気 | <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 |
| <input type="checkbox"/> 腕や手の痛み・しびれ | <input type="checkbox"/> 不眠・眠りが浅い | <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 背中中のハリ・痛み | <input type="checkbox"/> めまい・耳鳴り・吐き気 | <input type="checkbox"/> 喘息・アレルギー | <input type="checkbox"/> 貧血・冷え性 |
| <input type="checkbox"/> 腰痛・足の痛み | <input type="checkbox"/> 自律神経失調 | <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> その他の病気 |
| <input type="checkbox"/> その他の神経痛 | <input type="checkbox"/> 心の病気 | <input type="checkbox"/> 糖尿病・痛風 | |

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 テニス ゴルフ 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

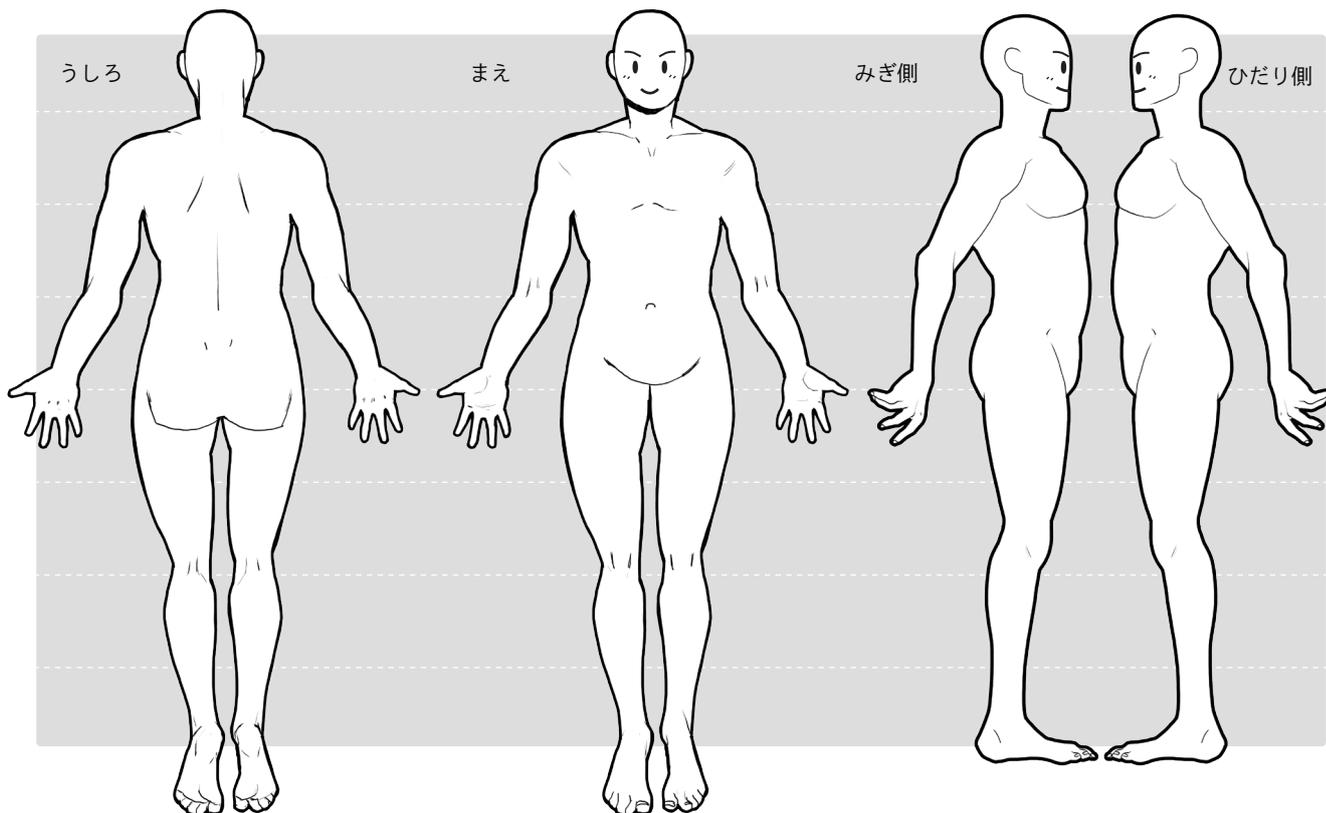
今までに受けたことのある治療をお答え下さい。

- 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 ()

2枚目もご記入下さい

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。