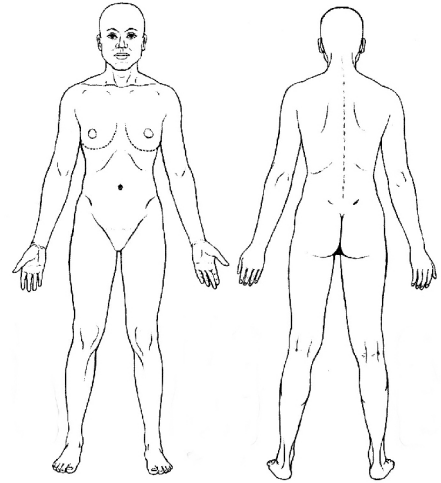


ご質問 下記の質問にお答えください

お名前	フリガナ		ご職業	具体的にご記入ください	
ご住所	〒		電話番号		
			メールアドレス		
身長	cm	体重	kg	血圧	mm/Hg
血液型	型				
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	ご紹介者
					様
					性別 男・女

1.本日のご来院目的を教えてください。(いくつでも可)

- () つらさや痛みを取ってほしい
- () 歪みを治してほしい
- () 疲れを取ってほしい
- () 今回だけ診てほしい
- () 身体全体の健康チェックをしてほしい
- () 自分でできる予防法・治療法を知りたい
- () 良かったら定期的に通いたい



2.症状の箇所に印をしてください(右図→)

3.ご希望の施術時間をご記入ください。()分・おまかせ

4.いつ気になりますか？(○印) (朝・午前・午後・夕方・夜・1日中・時々)

5.いつ頃からですか？(○印)

(数日以内・1週間~1ヶ月前・1ヶ月~1年前・1年~5年前・5年以上前から)

6.現在ペースメーカーを装着されていますか？ (はい・いいえ)

7.現在、医師の治療もしくは投薬を受けていますか？ (はい・いいえ)

8.今回と同じ症状で過去に専門医の検査をされましたか？ (はい・いいえ)

9.上記の質問で(はい)とお答えになった方へ

X線検査をされましたか？ (はい・いいえ)

診断結果は？ 病名 検査を受けた専門医は？ 科

10.カイロプラクティックを受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

11.最近お受けになった施術は？(○印) 接骨院 鍼灸・カイロプラクティック・マッサージ・その他

12.最近、健康診断もしくは人間ドックを受けられましたか？ (はい・いいえ)

13.過去に交通事故による治療を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

14.過去に外科的手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

15.過去に入院されたことがありますか？ (はい・いいえ)

16.現在下記の症状にあてはまるもの全てにお答え下さい(○印)

- | | | |
|--------------------|-------------------|-----------------|
| () 頭痛 C1 | () むちうち症 C5 | () ギックリ腰 |
| () めまい C1~2 | () 耳なり C1~2 | () 背中が痛い T2~12 |
| () 首、肩こり C7 | () 食欲不振 | () 膝が痛む |
| () 手足のしびれ | () 内臓機能低下 | () 脊椎側弯症 |
| () 疲労、倦怠感 | () 四十肩、五十肩 T1 | () 椎間板ヘルニア |
| () 不眠 C1~2・T12・L1 | () テニス肘、ゴルフ肘 | () 坐骨神経痛 L |
| () 自律神経失調症 | () 痛風・リウマチ | () 慢性的腰痛 L |
| () 高血圧 | () 生理不順、生理痛 L4~5 | () 貧血、冷え性 |
| () アレルギー症 | () 便秘 T12・L1 | |