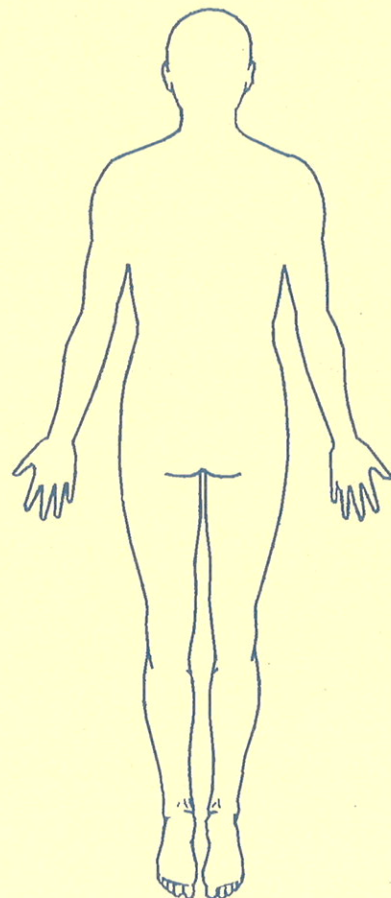
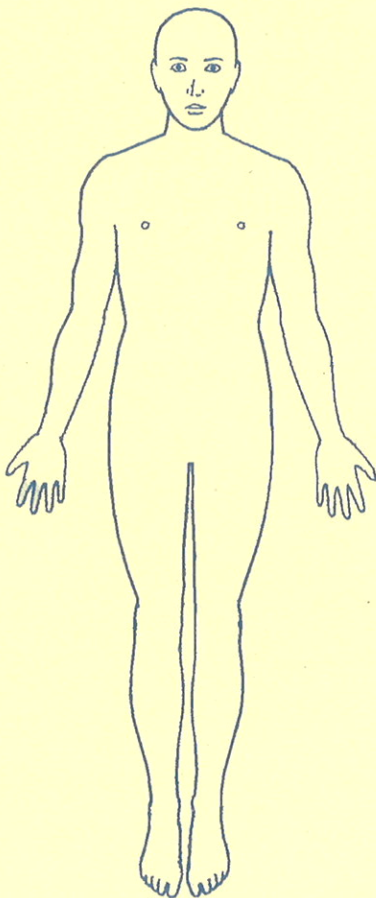


(フリガナ)			No.	-
氏名		男	身長	cm
		女	体重	Kg
生年月日	年	月	日 (歳)	視力 右: 左:
住所	〒 -			
連絡先TEL	() -	E-メール		
職業・勤務先				
いつから どのような 状態ですか?	----- -----			
治療経験	無 <input type="checkbox"/>	カイロプラクティック <input type="checkbox"/>	病院(整形外科等) <input type="checkbox"/>	
	指圧・マッサージ <input type="checkbox"/>	鍼灸 <input type="checkbox"/>	接骨院・整骨院 <input type="checkbox"/>	
	整体 <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>	()	
服用中の薬	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	()	平均睡眠時間 時間
来院の きっかけ	看板 <input type="checkbox"/>	チラシ <input type="checkbox"/>	御紹介 <input type="checkbox"/>	(様)
	その他 <input type="checkbox"/>	()		

下のシンボルを使って身体図に症状を書き込んで下さい。
 こり ○ しびれ ● にぶい痛み △ するどい痛み ×



◆過去にかかった病気

(○で囲み、余白にいつ、何にかかったか記入してください)

皮膚 肺	心臓 泌尿器	胃腸 胆のう	腎臓 肝臓	その他
---------	-----------	-----------	----------	-----

◆現在かかっている病気

(○で囲み、余白にいつ、何にかかっているか記入してください)

皮膚 肺	心臓 泌尿器	胃腸 胆のう	腎臓 肝臓	その他
---------	-----------	-----------	----------	-----

◆以下にあげるものに当てはまるものがあれば□に印をつけてください。

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| 頭・首 | 腰・背中・胸 | 肩・腕(上肢) |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 肩こり |
| <input type="checkbox"/> 顔面の痛み・マヒ | <input type="checkbox"/> 背中での痛み | <input type="checkbox"/> 腕の痛み・しびれ |
| <input type="checkbox"/> 顎の痛み | <input type="checkbox"/> 下腹部痛 | <input type="checkbox"/> 肘の痛み |
| <input type="checkbox"/> 歯の痛み | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> テニス肘 |
| <input type="checkbox"/> 目の奥の痛み | <input type="checkbox"/> ギックリ腰 | <input type="checkbox"/> 手首の痛み |
| <input type="checkbox"/> 首筋のコリや痛み | <input type="checkbox"/> 肋間神経痛 | <input type="checkbox"/> 腱鞘炎 |
| <input type="checkbox"/> むち打ち症 | <input type="checkbox"/> 坐骨神経痛 | <input type="checkbox"/> 手指の痛み・しびれ |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア | <input type="checkbox"/> 手指の冷え・むくみ |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 側弯症 | |
| <input type="checkbox"/> 寝違え | <input type="checkbox"/> 猫背 | |
| <input type="checkbox"/> 不眠症 | <input type="checkbox"/> お尻・尾骨の痛み | |
| 脚(下肢) | その他 | |
| <input type="checkbox"/> 脚の付け根の痛み | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | |
| <input type="checkbox"/> 脚の痛み・しびれ | <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ | |
| <input type="checkbox"/> 坐骨神経痛 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | |
| <input type="checkbox"/> 脚のむくみ | <input type="checkbox"/> のどが弱い | |
| <input type="checkbox"/> 膝の痛み | <input type="checkbox"/> 咳がよくでる | |
| <input type="checkbox"/> 膝に水がたまる | <input type="checkbox"/> 胸やけ | |
| <input type="checkbox"/> ふくらはぎの痛み | <input type="checkbox"/> 胃もたれ | |
| <input type="checkbox"/> 足首の痛み | <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい | |
| <input type="checkbox"/> かかとの痛み | <input type="checkbox"/> 便秘 | |
| <input type="checkbox"/> 足の冷え | <input type="checkbox"/> 生理痛・生理不順 | |

◆上にあげたもの以外で、カイロプラクティックによって改善できないかとお考えのことがあれば記入してください。
