

再診の場合…※ 適切な治療をしたいのであなたのこと詳しく教えてください。

No. _____

年 月 日

☐ 本人 ☐ 家族 1 ・ 2 ・ 3 割

※

名前	フリガナ	生年月日		性別
	様	年 月 日 / 歳		男 ・ 女
住所	フリガナ	職業		
	〒			
携帯	() -	Email	紹介者	様

● 上記、記載の情報は院からのお知らせ(お休み連絡等※年に1〜3回程)に使用させて頂く事がございます。 ☐ 同意する

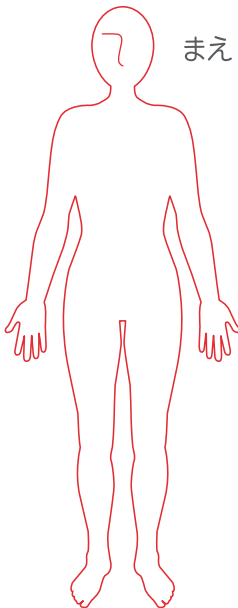
● プライベートカーテン(ベット周りのカーテン)は必要ですか？ (いる ・ いない ・ 気にならない)

● 当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。該当するものすべてに ☒ をつけてください。

☐ 通りがかり ☐ ご紹介 ☐ チラシ ☐ ネット (検索ワード _____) ☐ その他

● 今までご自身が経験されたもので、該当するものすべてに ☒ をつけてください。

- ☐ 整骨院治療
- ☐ 鍼灸治療
- ☐ 整形外科リハビリ
- ☐ 整体
- ☐ 背骨矯正
- ☐ ストレッチ
- ☐ カイロプラクティック
- ☐ 実費マッサージ
- ☐ 足つば
- ☐ エステ
- ☐ オイルマッサージ
- ☐ 骨盤矯正



※ ● 今、気になっている場所を右記の図に○で囲んでご記入下さい。

※ ● なぜそうなったかをできる限り細かく書いて下さい。(保険適応の有無)
(_____)
原因(わからない場合は空欄でOK)

※ ● 図に記入した場所は、どのような症状でしょうか？
下記の中にあれば、○で囲んで下さい。

痛み ・ つらさ ・ ダルさ ・ しびれ ・ ゆがみ その他(_____)

※ ● いつからですか？

今日 ・ 昨日 ・ 1週間以内 ・ 1ヶ月以上前から

● 現在、他の医療機関にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)

※はいの方に質問します 病院名..... (_____)

体のどこを治療していますか？..... (_____)

● 手術をなさったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

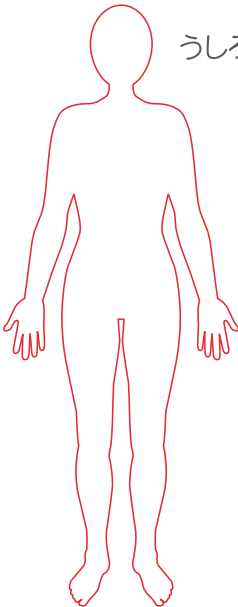
● 現在、おくすりは飲まれていますか？ (はい ・ いいえ)

● 過去に妊娠・ご出産の経験がありますか？ (はい ・ いいえ)

● 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

● 交通事故に遭われた経験がありますか？

自分： 事故日 _____ ・ 親戚がある ・ 知人がある ・ 全くない



その他注意事項 回数券買取はいつでもOK ※九割で買取の形になりますご了承下さい

領収書について (不要 ・ 毎回 ・ 月まとめて)

今の症状以外で、お身体のお悩みやご不安、もしくは以前つらかったことについてお聞かせください。

● 下の項目の中からあてはまるものすべてに ☒ をつけてください。 4つ～6つ以上で全身鍼灸治療がオススメです



☐ 頭が痛い・重たい ☐ 首がこる・痛い
☐ 顎関節症 ☐ 肩がこる・痛い

☐ 四十肩・五十肩
☐ 腕の痛み
☐ 二の腕のたるみ
☐ 腱鞘炎（指の痛み）

☐ 腰が痛い・はる
☐ 股関節が気になる
☐ 坐骨神経痛
☐ ぼっこりおなか

☐ ひざ・O脚が気になる
☐ あしがむくむ ☐ あしが冷える
☐ 外反母趾・偏平足 ☐ 巻き爪
☐ あしがつる

☐ 目が疲れる ☐ 目が乾く・かすむ
☐ めまいがする ☐ 耳鳴りがする

☐ のぼせる ☐ 息切れ・動悸がする
☐ □がよく乾く ☐ □内炎ができる
☐ 胸焼けがする ☐ 胃がもたれる・痛む

☐ アレルギーがある
☐ 花粉症
☐ アトピー性皮膚炎
☐ ぜんそく

☐ 化粧のりが悪い
☐ 肌荒れ・吹き出物がでる
☐ 生理痛がひどい
☐ 生理が不安定

● その他に下の項目の中からあてはまるものすべてに ☒ をつけてください。

- ☐ からだがだるい ☐ つかれやすい ☐ 風邪をよくひく ☐ すぐ横になりたくなる ☐ 天気が悪い前後に調子が悪い
☐ イライラしやすい ☐ 集中力がでない ☐ 落ち込みやすい ☐ 何もする気が起きない ☐ 血圧が高い
☐ 血圧が低い ☐ 血糖値が高い ☐ コレステロールが高い ☐ 貧血気味である ☐ 骨密度が低い ☐ 冷えるを感じる

治療の計画や内容の参考にしますのでしっかりお答え下さいね♪

あなたの生活習慣に関する質問に答えてください。

● 普段によく取る姿勢についてお聞かせください。あてはまるものすべてに ☒ をつけてください。

- ☐ 座っていることが多い ☐ 立っていることが多い ☐ 中腰になることが多い ☐ 重いものをもつことが多い

● 運動についてお聞かせください。あてはまるものに ☒ をつけてください。

- ☐ 毎日 ☐ 週2・3回 ☐ 週1回 ☐ ときどき ☐ 全くしない

● 便秘についてお聞かせください。あてはまるものに ☒ をつけてください。

- ☐ 便秘しやすい（ 日くらい） ☐ ときどき便秘する ☐ 便秘しない ☐ よく下痢する

● 発汗についてお聞かせください。あてはまるものに ☒ をつけてください。

- ☐ 汗かき ☐ あまりかかない ☐ 部分的にかく（場所： 例／顔・手） ☐ ふつうだと思う

● 睡眠時間や状況についてお聞かせください。あてはまるものに ☒ をつけてください。

（睡眠時間：約 時間／ 時～ 時まで）

- ☐ よく眠れている ☐ ふつう ☐ 眠れない ☐ よく目が覚める ☐ 寝つきが悪い ☐ 目覚めが悪い

● 食欲・食習慣についてお聞かせください。お聞かせください。あてはまるものに ☒ をつけてください。

- ☐ 旺盛 ☐ ふつう ☐ 間食をする ☐ あまり食べない ☐ 朝食を抜く ☐ 昼食を抜く ☐ 夕食を抜く

● よく□にするものを、下の項目の中からあてはまるものすべてに ☒ をつけてください。

- ☐ 果物 ☐ 野菜 ☐ 肉類 ☐ 魚類 ☐ 濃い味のもの ☐ 油もの ☐ インスタント食品 ☐ 甘いもの
☐ ファーストフード ☐ 炭水化物 ☐ ヨーグルト ☐ コーヒー ☐ 清涼飲料水 ☐ 野菜ジュース
☐ お酒（毎日・よく飲む・たまに飲む） ☐ 水（1日 ｌくらい） ☐ タバコ（1日 本くらい）

● あまり□にしないものを、下の項目の中からあてはまるものすべてに ☒ をつけてください。

- ☐ 果物 ☐ 野菜 ☐ 肉類 ☐ 魚類 ☐ 発酵食品（ヨーグルト、味噌、納豆、漬物など） ☐ 水

● 現在、サプリメント・健康食品は飲まれていましたら、できるだけ詳しくお書きください。

（ ）