

ふりがな

氏名

電話番号 () —

生年月日 大・昭・平 年 月 日

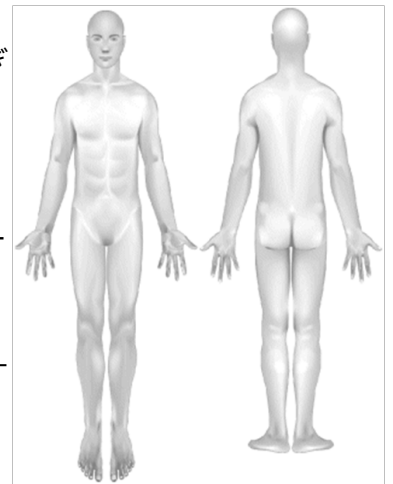
メール

住所 〒

紹介者 有 様 無 看板 HP その他

他院での治療の有無 有 無

◆どこが気になる部位でしょうか？（右図示可）

ケガ 首 肩 腕 手首 背中 腰 股関節 ひざ ふともも ふくらはぎ
その他 ()

◆いつ頃から痛いですか？

今日 昨日 一昨日 大体 日前 または 月 日

◆いつまでに治したいなど希望はありますか？

月 日 理由

◆何をしてて痛くなりましたか？

※健康保険証は治療を目的としたものであるため保険適用には負傷原因が必要となります

※保険が使えないもの → 単なる身体のコリ、マッサージ目的、慢性の疾患、仕事中のケガ、他の医療機関で治療中

◆どのような治療を望みますか？（該当するものがあれば口に✓をお入れ下さい 複数可）

- 身体の状態や治療の説明を詳しく聞きたい
- 改善後にも定期的な予防やメンテナンスもお願いしたい
- 特別診療（45～60分の施術）を希望
- なるべく痛みのない施術を希望
- 体質改善など根本的な対策も行っていきたい
- その他

※施術時間により料金が異なります。詳細は別紙

◆治療頻度について

 毎日これる 週に一回これる 週に二三回これる 月に数回これる その他 ()

◆アンケート

■下記の不調はありますか？（自律神経診断）

鼻炎 胃痛 便秘 下痢 冷え こわばり 足がつる すぐ疲れる 常に眠い 喘息 息切れ 肩コリ

■下記に当てはまるものはありますか？

糖尿病 心臓病 体内に金属 妊娠中 過去に大きなケガや病気 ()