

チェックシート

年 月 日

ふりがな	生年月日		
ご氏名	年	月	日 (歳) 既婚 ・ 未婚
ご住所 〒	-		
自宅電話	-	-	職業
携帯電話	-	-	
Email	ご紹介者様		様

*今回来られた目的は? 1. 症状改善 2. リフレッシュ 3. その他()

*主な症状をお書きください。.....

*その症状はいつ頃からですか?

*思い当たる原因があればお書きください。.....

*現症状を病院で受診されましたか? 1. はい 受診日 年 月 日 2. いいえ

専門 科・病名 レントゲン検査 有・無 MRI検査 有・無

*どのような治療を受けられましたか?

*現在投薬していますか? 1. はい 薬の種類 2. いいえ

*現在・過去に内科的疾患はありますか? 1. はい 病名 2. いいえ

*手術の経験はありますか? 1. はい 手術場所 2. いいえ

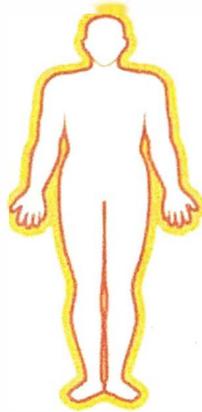
*骨折・捻挫をしたことはありますか? 1. 骨折 場所 2. 捻挫 場所

*今までに交通事故・大きなケガをしたことがありますか? 年 月

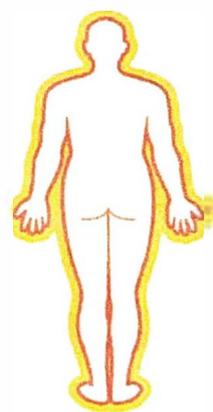
*今までにカイロプラクティック・整体・接骨院など治療を受けられたことはありますか? 1. はい 2. いいえ

*痛みのある場所に
印をつけてください。

《 前 》



《 後 》



*一日の労働時間は何時間くらいですか? 時間

*仕事中どのような姿勢が多いですか? 立位 ・ 座位 ・ 中腰

*喫煙されますか? 1. はい 一日の喫煙量 本 2. いいえ

*毎日飲酒されますか? 1. はい 2. いいえ

~女性の方のみお答えください~

♡生理について 順調 ・ 不順 ・ 閉経

♡生理痛について きつい ・ ふつう ・ ない

♡出産経験について ある ・ ない

♡現在妊娠している? してる ・ してない

♡妊娠されている方、妊娠何か月ですか? 月