

| | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|--|--|
| ご住所 | 〒 _____ | <input type="checkbox"/> ご紹介者様 () <input type="checkbox"/> HP 検索ワード() | |
| フリガナ | | 自宅電話 | () _____ |
| お名前 | | 携帯 | () _____ |
| | | FAX | <input type="checkbox"/> 自宅電話と同じ () _____ |
| 西暦・昭和・平成 | 年 月 日生 | ご職業 | _____ / 小・中・高・大 年 |
| アドレス | _____ @ _____ ※PCから受信可能なもの | | |
| <input type="checkbox"/> 自己トレーニング受信可 | | <input type="checkbox"/> カラダに関する情報メールマガジン受信可 | |

[適応外確認]

◎上記は当院からのご連絡以外には用いません

靭帯完全断裂(口オペ済) ブロック注射経験()回 睡眠(導入)剤/精神安定剤/ステロイド3カ月以上使用中

一番お困りの症状について

箇所 例)右ひざの内側

症状 痛い 重い しびれ つっぱる かたまる はれている 音がする 動かしづらい
他 _____

痛みの種類 ズキズキ ピリピリ はっている感じ 鈍痛 奥が痛い うずく
こり固まった感じ 熱っぽい 痛くはないが違和感 他 _____

どのような時 座っている時 立っている時 立ち上がり 歩き始め 寝起き
仰向け うつ伏せ 寝返り 正座 横座り 長座 前屈
後屈 中腰 車乗り/降り 運転中 階段上り/下り
悪天候 前/後 悪天候中 湿度高い時 運動後 ()
他 _____

いつ頃からか? _____ 頃から 不明 今回初めて痛めた
以前にも痛めたことがある _____ 頃 反対側を痛めたことあり

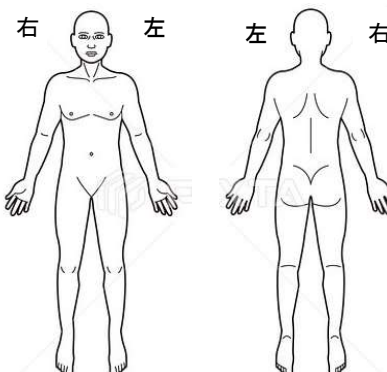
思い当たる原因 不明 _____

今回の症状で 受けた治療に○ はり・お灸・電気・マッサージ・カイロ・ヒアルロン酸・水抜・痛み止め・他 _____

これまで 経験した治療に○ はり・お灸・電気・マッサージ・カイロ・ヒアルロン酸・水抜・痛み止め・他 _____

他に気になる症状 なし/あり _____

右の図の痛みのある所に○、しびれる所に「しびれ」と書いてください →



現在治療中 歯科 _____ 眼科 _____ 耳鼻科 _____ 他 _____

服用中の薬 なし/あり _____