

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"/> カラダに関する情報メールマガジン受信可			

◎上記は当院からのご連絡以外には用いません

**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 つつぱる かたまる はれている 音がする 動かしぶらい  
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** 歩いている時 歩き始め 立っている時 立ち上がり 座っている時  
走っている時 寝起き 寝返り 仰向け 横向け寝 うつ伏せ  
正座 長座 横座り 運転中 車・バス乗る時 車・バス降りる時  
階段上り 階段下り 曲げる時 伸ばす時 上げる時 悪天候時  
動かした後・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 \_\_\_\_\_

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➡

**他に気になる症状** なし/あり \_\_\_\_\_

**現在治療中** 歯科 \_\_\_\_\_ 眼科 \_\_\_\_\_ 耳鼻科 \_\_\_\_\_ 他 \_\_\_\_\_

**服用中の薬** なし/あり \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

