

ご住所	〒 ー		<input type="checkbox"/> ご紹介者様 ()
			<input type="checkbox"/> HP 検索ワード()
フリガナ			
お名前	自宅電話	()	ー
	携帯	()	ー
西暦・昭和・平成	年	月	日生
ご職業			
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

あてはまるものに○をつけてください

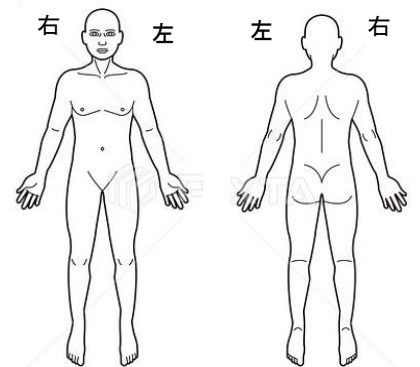
症状	どのような時
息切れ	階段上り下り・歩いている時・走っている時・何かをした後 その他()
動悸	横になっている時・考え事の時・何もしていない時・何かをしている時 何かをした後・その他()
息苦しい	マスク・乗り物内・地下・話している時・何もしていない時・考え事の時 就寝中・その他()
呼吸が浅い・息をはくのが苦手・息を吸うのが苦手	
胸がしめつけられる感じ・声が出しにくい・のどのつまり感	
頭痛・肩こり・首こり・脇が痛い・みぞおちが痛い・顎関節症・くいしばり・鼻炎	
めまい・立ちくらみ・乗り物酔い・不眠・睡眠不足・いびき	

いつ頃からか? _____ 頃から 不明

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・病院で検査・病院に通院・ _____

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 _____