

ご住所	〒 _____		<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	( ) _____	—
	携帯	( ) _____	—
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・胸のしめつけ感・声を出しにくい	
のどのつまり感・だるさ・めまい・たちくらみ・乗り物酔い・不眠	
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・いびき・耳の不調・のぼせ・冷え(足・手・腰・腿・ )	
その他:	

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・灸・マッサージ・病院で検査/通院・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➡

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

服用中の薬 なし/あり \_\_\_\_\_

過去に受けた治療に○ \_\_\_\_\_ はり・灸・マッサージ・病院・他 \_\_\_\_\_

