

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

一番気になっていること、改善したいこと

あてはまるものに○をつけてください

頭痛 ・ 頭が重い ・ 立ちくらみ ・ めまい ・ のぼせ ・ チック ・ 耳鳴り ・ 耳の閉そく感 ・ 難聴
鼻炎 ・ いびき ・ 目の疲れ ・ 目が乾く ・ まぶたのけいれん ・ のどのつまり感
呼吸が浅い ・ 声を出しにくい ・ 息切れ ・ 息苦しい ・ 動悸 ・ 不整脈 ・ 胸部圧迫感
吐き気 ・ 食いしばり ・ 手のこわばり ・ よく物を落とす ・ 足に力が入らない ・ 脇が痛い ・
痛み(手・足・腰・ _____) ・ こり(首・肩・背中・腰・ _____) ・ しびれ(手・足 _____) ・ ほてり(手・足 _____)
冷え(足・手・ _____) 腹部膨満感 ・ 腹痛 ・ 食欲がない ・ 便秘 ・ 下痢 ・ この頃体重の増減あり
頻尿 ・ 生理不順 ・ 生理痛 ・ 不眠 ・ 疲れがとれない ・ すぐ疲れる ・ 倦怠感 ・ 不安 ・ イライラ
やる気がでない ・ 休憩を取るのが苦手 ・ その他お困りのこと(_____)

いつ頃からか？ _____ 頃から 不明

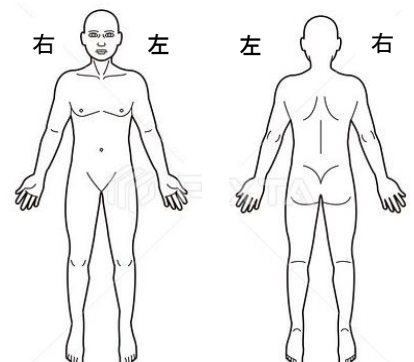
思い当たる原因 不明 _____

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 _____