

ご自身の健康についての質問にお答えください。
来院日時： 年 月 日

そのお答えをもとに問診させていただきます。
曜日 / 時 分

ふりがな	-----			生年月日	年齢	性別
氏名				S/H 年 月 日	歳	男・女
自宅 Tel	() - ()	携帯 Tel	() - ()			
住所	〒 -			メールアドレス		

★現在の症状や気になる部分は何処ですか？

右の身体の図に大きくしるしをつけてください

◎当てはまる項目にチェック をお入れください。

★その症状を治療された事がありますか？

- 整形外科 接骨院、整骨院
 整体 カイロプラクティック
 何もしてない 湿布・痛み止め
 その他 ()

★今までに、大きなケガ・病気・手術をしたことがあります

- いいえ はい
 ◆具体的に

★現在、お薬を服用されていますか？

- いいえ はい
 ◆品名 又は 種類 ()

★現在、なにか運動をされていますか？

- いいえ はい
 ◆競技と競技歴

★症状のある方にお尋ねします
何をすると症状が強くなりますか？

何をすると症状が緩和されますか？

★アレルギーはありますか？

- いいえ はい ◆何のアレルギーですか？ (花粉・薬品・食品

★ご希望のサービスにチェックを入れてください

症状だけ治したい 症状に関わらず全身の悪い所はしっかり治したい (健康力アップが目的の方)

【体質改善コース】施術、食生活改善、呼吸法などのエクササイズ指導
(最高の健康状態を維持することが目的の方・慢性の生活習慣病や難病を改善したい方)

☆ご紹介者をお聞かせください。 ホームページを見た

ご紹介 () 様 ご関係 ()

個人情報の取り扱いに関する同意について

当店でこれからサービスを受けるにあたり、私が提供する情報が別紙「個人情報の取り扱いについて」に基づき管理される事に同意します。

平成 年 月 日

ご署名：

二枚目も
あります
ご記入お
願い致し
ます。

