

古淵かえる整体院 診療申し込み票

この質問は貴方の診療に必要なものです。正確にご記入下さい。

尚、内容は極秘に管理され、当院のファイルに保管されます。

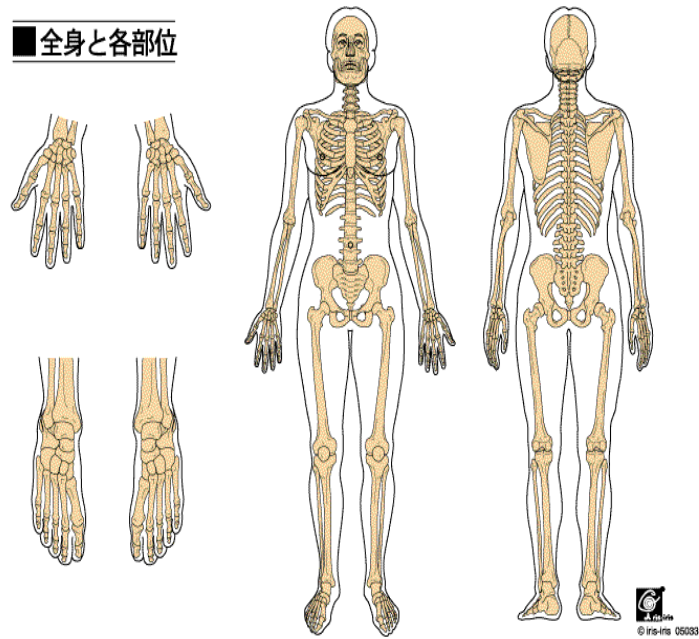
個人情報を当院からのご案内や治療経過確認以外に利用することはありません。

(ふりがな) お名前	生年月日 年齢 歳	年 月 日生 性別 男・女
住所 〒	電話番号(自宅) 電話番号(携帯)	
メールアドレス	職業	
当院をお知りになったきっかけは？ ホームページ(PC・スマホ・携帯)・紹介_____様・チラシ・通りすがり・その他() ※当院を選んだ決め手は？()		
主な 症状 ・気になる場所は？(特に何を診て欲しいですか？) _____ _____		
今回の症状で 他の治療院・病院 で見てもらいましたか？()はい・いいえ レントゲン を撮ってもらいましたか？ ()はい・いいえ		
【たばこ】 1日 _____ 本	【お酒】 1日 _____ 杯 1週間 _____ 杯	【身長】 _____ cm 【体重】 _____ kg
【趣味・スポーツ(学生の頃のことでもOK)】 _____ _____		
【現在持っている症状】(○を付けて下さい) ●目の疲れ(_____) ●耳鳴り(高い音・低い音) ●聞こえづらい(右・左) ●耳の後ろが痛い ●鼻づまり(鼻炎・風邪・花粉症) ●せき(乾いた咳・湿った咳) ●たんが多い(色:_____) ●喘息 ●アトピー体質 ●アレルギー物質(_____) ●リウマチ・膠原病(_____) ●息切れや息苦しい ●動悸 ●不整脈 ●貧血 ●立ちくらみ ●むくみ(手・足・顔) ●冷え性(手・足・顔) ●血圧(高め・低め・普通 ____/____) ●体温(高め・低め・普通 _____℃) ●肌が乾燥しやすい ●便秘(便秘がち・下痢がち・軟便がち) ●頻尿 ●尿が遠い ●残尿感・残糞感 ●火照り(手・足・顔) ●めまい(回転性・暗くなる・ふわふわ) ●不眠症(寝つきが悪い・眠りが浅い) ●疲れが取れにくい ●強いストレス(どんなストレス? _____) ●肌荒れ ●にきび ●抜け毛 ●白髪 ●しわ ●たるみ ●肉体疲労(筋肉痛) ●新陳代謝が悪い ●病気になるやすい ●慢性の病気がある(_____) ● 心臓病 ●腎臓病 ●脳卒中・脳梗塞・脳出血 ●てんかん ●微熱・発熱 ● がん(完治・治療中 ※がんの発症部位:_____)		

*** 裏面の枠内もご記入下さい**

気になる部位にマークを付けて下さい。 痛み○ しびれ× 違和感△

■全身と各部位



【女性のみ回答して下さい】(○を付けて下さい)

- 生理痛(毎月・隔月 _____) ●生理不順 ●妊娠中(●ヶ月)
- 出産経験(回) ●初産(年 月頃) ●帝王切開はしましたか?(はい・いいえ)

【現在飲んでいる薬やサプリは?】 (_____)

【その他の質問】(○を付けて下さい)

- ぎっくり腰(_____) ●首のむちうち症(後遺症あり・なし _____)
- 盲腸(虫垂炎)(薬で散らした・手術で治した) ●事故経験(_____)
- 手術経験(_____) ●入院経験(_____)

【今までにした大きなけが】(○を付けて下さい)

- ケガの部位や状況、ケガの時期(_____)
- ケガの後遺症(あり・なし)

【今までに掛かった大きな病気はありますか?】

【ご両親やご兄弟(姉妹)で、大きな病気に掛かった方はいますか?】 例: 父(糖尿病)、姉(子宮筋腫) など

その他 気になる事や個人的な悩みなどありましたら、ご自由にお書きください。

