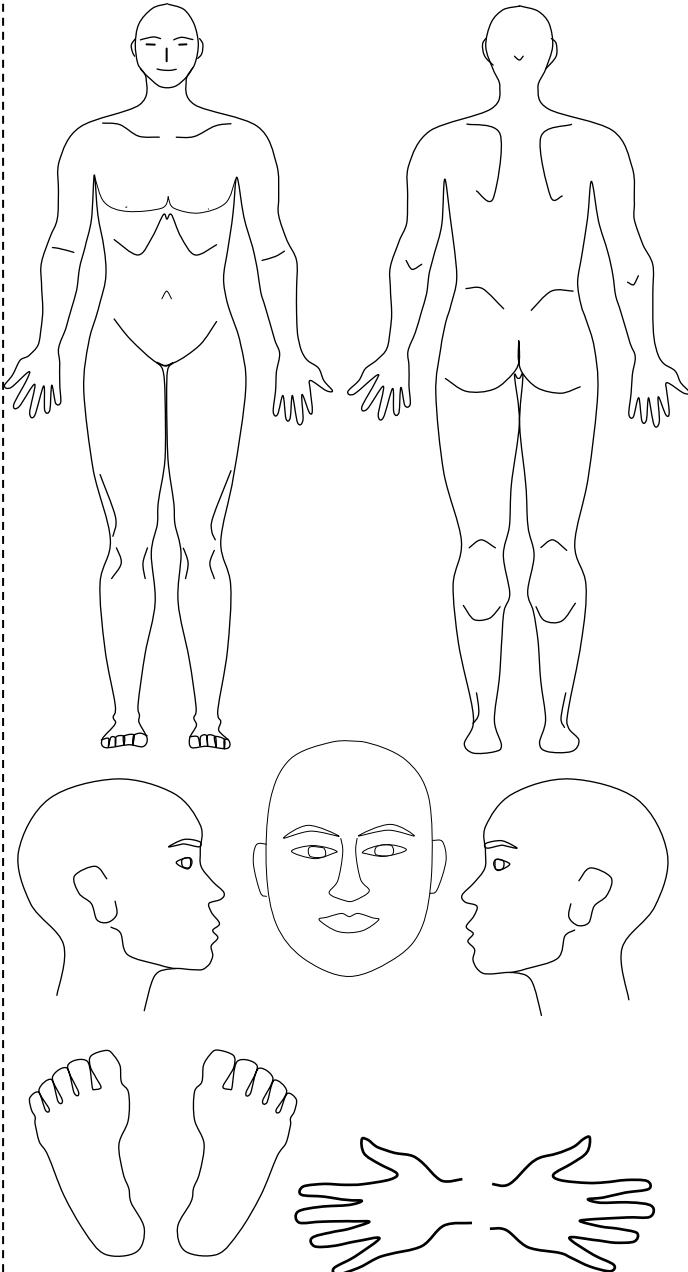


受付カード

お名前	フリガナ	生年月日	明治 大正 昭和 平成
			年 月 日 (歳)
ご住所	〒 _____ 都・道 市 府・県 村		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場	メールアドレス	
お仕事	自営 会社員 主婦 パート・アルバイト その他() 学生(年) クラブ活動()		
	【仕事内容】 デスクワーク 営業 肉体労働 (屋内・屋外) 立ち仕事 運転 接客 家事 その他()		

★気になる所をできるだけ図示してください。



わかる範囲で結構ですお答えください。

- どうされましたか？
 (.....) ・痛い
 (.....) が、 ・しびれる
 (.....) ・力が入らない
 ・動かせない
 ・違和感がある
 ・その他
 (.....)
- いつ頃からそうですか？
 年 月 日
 日前 週間前 か月前 年前
 [考えられるきっかけ]
 どこで？
 何をして？
- 以前にも今回のようなことはありましたか？
 あった ・ ない(初めて) ・ 微妙に違う
- 今回どこかで診察・治療など受けましたか？
 受けていない
 受けた (病院・医院・接骨院・鍼灸マッサージ
 ・整体・カイロプラクティック・その他)
 院名 (.....)
 病名 (.....)
 処置、経過 (手術・薬・しゅう・手技・電気
 ・その他)
 通院ペース (週・月 回くらい)
 通院した期間 (..... か月・ 年くらい)
- 治療の有無に関わらず今までの経過
 良くなってきている ・ 変わらない ・ 悪化

《前頁からの続き》

- 今、熱っぽくはありませんか？
熱っぽい ・ さむ気 ・ 平熱
- 吐き気、気持悪さはありますか？
ある ・ ない
- この1～2か月間での体重の増減は？
なし ・ あり(kg、減・増)
- 最近、排便・排尿の習慣、尿や便の色に変化は？
なし ・ あり()
- 食欲はありますか？
ある ・ ない
- 食事中あるいは食後、気持悪くなったり、どこか痛くなったりすることはありますか？
ない ・ ある()
- のんでいる薬はありますか？
ない ・ ある ()
() ()
() ()
- 健康食品など摂っているものはありますか？
ない ・ ある ()
() ()
- 過去5年間で大きな病気をしたことがありますか？
ない ・ ある()
- 健康診断で何か指摘されたことはありますか？
ない ・ ある ()
() ()
- 毎日、生水を3杯以上飲んでいらっしゃいますか？
飲んでいる ・ 飲んでいない
- 脚を組んだり、あぐら、横座りをしますか？
よくする ・ たまに ・ しない
- いつも飲んでいるものはなんですか？
お茶・コーヒー・ジュース・栄養剤
アルコール類(何を：)1日(杯)
- 週に1回以上、定期的な運動をしていますか？
していない ・ している ()

●下記の項目で当てはまるものに○をしてください

出血性疾患	腎臓病
高血圧	静脈瘤
低血圧	
動脈硬化	病気・ケガの手術で体
高コレステロール血症	内に金属、プラスチック等が入っている
狭心症	
心臓病	骨折 ()
過去に心筋梗塞	ねんざ ()
過去に脳卒中	打撲 ()
動脈瘤	むちうち (年前)
肝臓病 肝炎 肝硬変	

●次の症状がある方は○をしてください

肩コリ	不眠症
首筋のコリ	動機
頭痛	不整脈
耳鳴り	貧血
めまい	便秘
手足のシビレ(右・左)	下痢
湿疹	胃腸障害
鼻づまり	冷え性
眼精疲労	乗りもの酔い
背中やしつこい張り	生理痛・不順
高血圧	食欲不振
低血圧	

● 来院しやすい曜日、時間がありましたら教えてください (曜日 時～ 時)

● 何か特別に御要望がございましたら教えてください ()

ご記入 ありがとうございます。