

【初回日】 令和 年 月 日 ( )

ふりがな

【お名前】 \_\_\_\_\_ 様 【性別】 男・女

【生年月日】 昭和・平成・西暦 年 月 日生

【ご住所】 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

【電話番号】 \_\_\_\_\_ 【携帯番号】 \_\_\_\_\_

【メールアドレス】

【当院を何で知りましたか?】 HP・ブログ・ご紹介 ( ) 様・その他 ( )

※ここより下の項目は、今出ている症状の原因を探す、大きなヒントとなります。なるべく細かく書いてください※

【職業歴】 現在 \_\_\_\_\_ 過去 \_\_\_\_\_

【スポーツ歴】 現在 \_\_\_\_\_ 過去 \_\_\_\_\_

【楽器歴】 現在 \_\_\_\_\_ 過去 \_\_\_\_\_

【その他趣味】

【利き手】 右手 左手 両手

【寝るときの体勢】 仰向け うつぶせ 右向き 左向き

【産まれた時の状況】 正常分娩 早産 前期破水 逆子 帝王切開 鉗子分娩 吸引分娩 よくわからない

【病歴・手術歴】 \_\_\_\_\_

ペースメーカー・ボルトなど、もともと身体の中になかったものが体内に入っていますか? はい・いいえ

【症状】

頭痛 首痛 肩痛 背中痛 腰痛 ひじ痛 ひざ痛 不眠 自律神経失調症 うつ病 動悸 めまい  
パニック症 鼻炎 ぜんそく だるさ 息切れ 胸痛 顔面神経痛 手のしびれ 足のしびれ 足のむくみ  
冷え性 糖尿病 内臓疾患 高血圧 むちうち症 股関節痛 便秘 不妊症 膀胱炎 痔 背筋痛 アトピー  
肝機能障害 心臓病 耳鳴り 顎関節症 噛み合せが悪い 椎間板ヘルニア 視力低下 目が疲れる 腎臓疾患  
その他 ( )

【けが・打撲歴を下記にご記入ください】