

初診カード

術者

年 月 日

ふりがな

明治・大正・昭和・平成

氏名

男 女

年 月 日生

住所

〒

連絡先

突然のことで、予約日や時間の変更をお願いしなければならないことがあるかもしれません。
ご連絡できる先があれば、□に印をお付け下さい。

TEL □ 自宅 □ 勤務先 □ 携帯 Mail □

— — @

当治療院を何でお知りになりましたか。

ご紹介者 ホームページ 電話帳 看板 その他

A 施術方法について

当治療院の施術方法について、ご理解いただいていますか。

理解している あまり理解していない まったく知らない

ご希望される施術コースに印をつけてください。

カイロプラクティック コース 4000 円 内臓マニピュレーション コース 4000 円
 カイロプラクティック・鍼 コース 4000 円 問診のとき説明を聞いて決める

これまでに受けた療法があれば印をつけてください。

また、ご希望されている施術方法などをご記入ください。

カイロプラクティック・整体 ストレッチ マッサージ 鍼療法 その他

施術方法

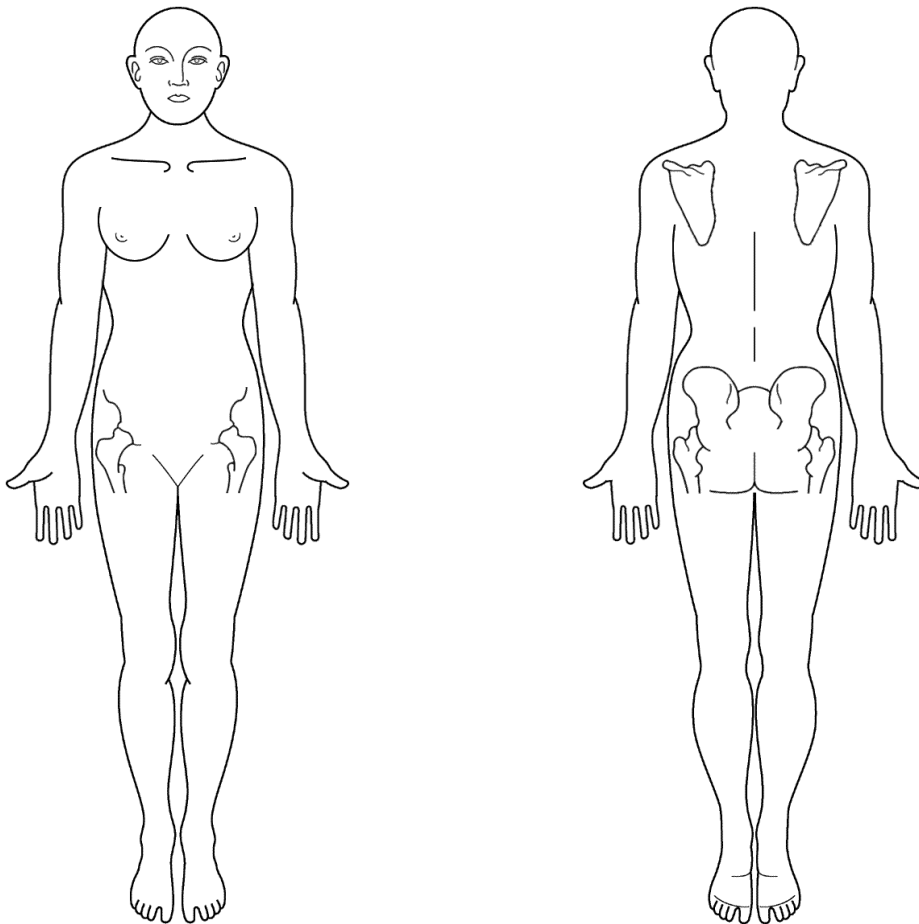
B 施術を希望される症状について

1. どのような症状を改善したく、ご来院いただいたのでしょうか。

1)

2)

2. 症状のある部位を○で囲み、とくに痛みの強い部位には×をつけてください。



3. 今の痛みの強さは、どの段階でしょうか。

0

1

2

3

4

痛みなし

少し痛い

痛い

かなり痛い

我慢できない

くらい痛い

4. どのように感じる痛みでしょうか。

ズキズキ、 キリキリ、 じわっ~と痛い、 ズーンと重苦しい など

5. 症状は、いつ頃からおきましたか。

6. 発症に、思い当たる原因はありますか。

いいえ はい

7. 発症時より、症状は悪くなっていますか。

悪くなっている かわらない 少しは良くなっている

8. どうすると痛みが強くなる、具合が悪くなりますか。

静かにしていても痛い 動かすと痛い など

9. どうすると痛みが楽に、症状が軽くなりますか。

温める・風呂にはいる からだを動かす・ストレッチ もみほぐす・押圧 など

10. これまでに、同じ症状はありましたか。

いいえ はい

11. 今の症状のために、何か治療を受けられましたか。

いいえ はい

いつ頃

どこで(院名)

12. 今の症状とは別に、最近、病院の治療を受けられましたか。

いいえ はい

いつ頃

どこで(院名)

13. 日頃の血圧、服用されているお薬などをご記入ください。

血圧	/	mmHg	薬の服用	無・有
視力 R	/L		めがね・コンタクトの使用	無・有

14. 下記のような症状や徴候はありませんか。現在ある症状には○を、過去にあった症状には×を記入ください。

全身： <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> ほてり <input type="checkbox"/> 冷え <input type="checkbox"/> 発汗異常 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 食欲の異常 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アレルギー症状 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	目： <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 疲れ <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 圧迫感 <input type="checkbox"/> 色盲	尿： <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 排尿痛 <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 乏尿	肝臓： <input type="checkbox"/> 肝炎(急性・慢性) <input type="checkbox"/> 肝機能の異常
骨： <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	耳・鼻： <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> いびき	糞便： <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 血便	すい臓・胆のう： <input type="checkbox"/> 膵炎 <input type="checkbox"/> 胆石
脳・神経・精神： <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 脳卒中	口： <input type="checkbox"/> 渇き <input type="checkbox"/> しめつけ感 <input type="checkbox"/> アゴの痛み(左・右)	心臓・循環： <input type="checkbox"/> 動機 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> ペースメーカー	皮膚： <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー
	呼吸器： <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 気管支・肺炎	腎臓・膀胱： <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 結石 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> インポテンツ	女性のみ： <input type="checkbox"/> 妊娠(現在 月) <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 更年期
	胃腸： <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 胃下垂 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 膨満感	生活習慣： 運動(週 時間) 睡眠(平均 時間) <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> アルコール	

15. その他に、気になる症状はありませんか。小さな症状でもお書きください。

1)	2)
3)	4)

16. 病院の方で、注意や指導を受けている事がありますか。また、心臓病、血圧異常、妊娠、体内に金属・医療器具を入れていることなどはありますか。

いいえ はい 病名 _____