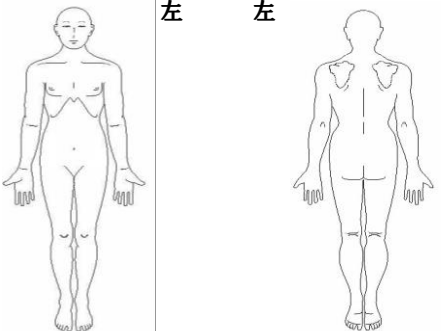


	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	自賠				労災			自費					
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	組	協	共	国	高	後	本・家						
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	親	子	乳	障	退	割							
受診日																					年		月		日	
ふりがな												生年月日		仕事		事務職 立ち仕事 力仕事 運転 学生 主婦 無職 その他()										
氏 名		(歳)										大・昭・平・令 年 月 日		男・女												
住 所		〒 -										電話		自宅: 携帯:												

1. 痛みに×、コリ・シビレに○をご記入下さい。

右 左 左 右



2. どのような症状で、いつ頃からありますか？

3. 希望する治療スタイルに○して下さい(複数回答可)

a. 早期に痛みが改善するよう、効果的な治療を追加希望

b. 原因からの根本治療を希望したい

c. 治療期間が長くなっても、1回あたりの治療費を抑えたい

4. 過去の大きな病気、ケガ、入院、手術経験。
治療中、検査中の症状があればご記入下さい。

例) 糖尿病、悪性腫瘍の既往・通院、ワーファリン服用など

5. 日常の運動について○、数字でお答え下さい。

内容: ジム 水泳 ランニング ウォーキング
その他()

回数: 週()回 月()回

6. 身長: cm 体重: kg

7. 苦手と思われる治療に○を付けてください。

はり 電気 テーピング 整体 マッサージ

8. 当院を何で知りましたか？

看板 電話帳 HP(PC・スマホ)
紹介 口コミ その他()
(紹介者名 様 知人・家族)

症 初診時

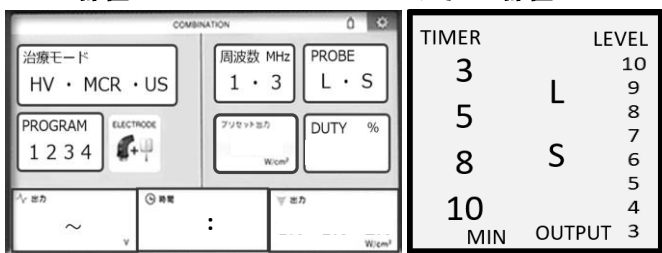
説

ドーゼ: 弱 1 2 3 4 5 強

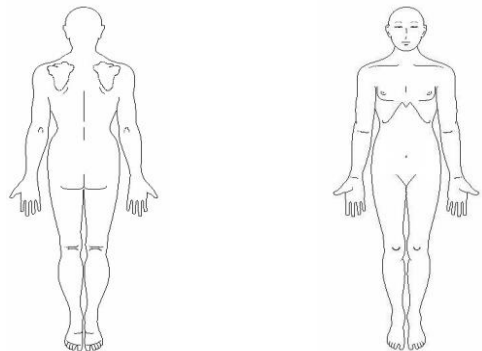
AC : (本) 部位

HV : 部位

ライズ : 部位



肢位 伏 / 側 / 座 / 仰
エリア 右 / 左 () ※詳細は下図へ



手技 : 拳 多裂

リリース: 腕4 脚4 エイト 仰 ES ストマ Po 黄・青

MM : 部位

AJ : T マキ C (上・下) L ブロック()

Tom : D ±() T S H I

ベッド() / マクラ() / ガウン(上・下) / VT()

テープ : KT Liga () 担当 :