

(フリガナ)		Size		F	F+T	T	領
氏名	男 女	身長	cm				
		体重	Kg				
生年月日	年 月 日 ( 歳)	視力	右:	左:			
住所	〒 -						
携帯番号	( ) -	E-メール					
職業・勤務先	PC T						
いつから どのような 状態ですか?	院記入:レントゲンなし あり( ) 特に問題なし あり( ) 内蔵系( )						
治療経験	無 <input type="checkbox"/> カイロプラクティック <input type="checkbox"/> 病院(整形外科等) <input type="checkbox"/> 指圧・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> 接骨院・整骨院 <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> ( )						
服用中の薬	無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ( )	平均睡眠時間					時間
来院の きっかけ	ホームページ(ネット) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 御紹介 <input type="checkbox"/> ( ) 様 その他 <input type="checkbox"/> ( )						

下のシンボルを使って身体図に症状を書き込んで下さい。  
 こり ○ しびれ ● にぶい痛み △ するとい痛み ×

