

初診 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 男・女 平均体温 _____ °

生年月日：T・S・H・R _____ 年 月 日 年齢（ _____ 才）

血液型：A B O AB 利き手：右 左

〒 _____

住所： _____

電話： _____ ご職業： _____

当院を知ったのは、紹介（ _____ ）、ホームページ、その他（ _____ ）

当院はその場しのぎの対処療法は行いません。患者さん一人一人に一番適した施術を安心して受けていただくため、計画を立て施術に当たっておりますので詳しく記入と○を付けてお答えください。

■現在の症状、悩み、改善したいところを教えてください。またいつからですか？

症状 _____ いつから _____

■その症状でどんなことが困っていますか？具体的に教えてください。

（例 腰痛のために仕事が行けずに、これからの生活が不安・・・など）

（ _____ ）

■いつ症状が出ますか？

- 1.常に症状がある 2.体を動かすと症状が出る 3.同じ姿勢でいると症状が出る
4.疲れがたまると症状が出る 5.起床時に症状が出る

■交通事故、むち打ちの経験はありますか？ ある ない

■今までにレントゲン（MRI）を撮ったことはありますか？

ある（首 腰 股関節 膝）それ以外（ _____ ） ない

■今までに骨折、病気、手術をした経験はありますか？

ない ある（ _____ ）

■歯の噛み合わせの違和感、顎関節症、歯ぐきの出血、抜けたままの歯はありますか？

ない ある（ _____ ）

■睡眠時間は？平均 _____ 時間 寝る姿勢は 仰向け 横向き うつ伏せ

■睡眠環境 睡眠は 浅い 深い 寝つきが悪い 何度も目を覚ます

■睡眠時 歯ぎしり 噛みしめ（舌に歯形がある、朝に顎が疲れている）

裏面へ続きます

■食事は1日 食 朝 昼 夜 ■たばこは吸われますか？はい、いいえ

■アルコールは飲みますか？ 飲まない 時々 毎日

■アレルギーはありますか？

ある 花粉 食品（ ） その他（ ） ない

■排便は 毎日ある 2日に一回ある 3日以上ない

■便の状態 かたい ゆるい 交互に繰り返す 細かくてつながっていない

■以下の症状はありますか？（該当するものにチェックを入れてください）

動悸 不整脈 喘息 血尿 たんぱく尿 残尿感

糖尿病 食欲不振 油物が苦手 胃の不快感 消化不良

ガスが溜まる 足がつりやすい 冷え性 のぼせ 帝王切開

■今、内科で管理を受けている病気はありますか？例、糖尿病、高血圧

ない ある（ ）

■健康診断でいつも高い数値はありますか

ない ある（ ）

■今、服用している薬はありますか？

ない ある（ ）

■今回の来院目的に○を付けてください。（複数可）

1.症状の改善 2.メンテナンス 3.バランスを診てほしい 4.今後の健康のため

■自分でも治したい、生活習慣や姿勢のクセはありますか？

ない ある（ ）

■もうこれは治らないと諦めている症状や悩みはありますか？

ない ある（ ）

ご協力ありがとうございます。