

DATE	TREATMENTS
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	
/	

お茶の水カイロプラクティック

初診 年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ (明・大・昭・平) _____ 年 月 日生 才

住所 〒 _____ ☎ _____

勤務先 _____ ☎ _____

職業 _____ 連絡先 _____

次の質問にお答えください

どのようにして当センターを知りましたか? ネット検索(ヤフー・グーグル・その他) 携帯検索 _____

ご紹介者名 _____

あなたの症状は? 頭痛・かたこり・首・背・腰部痛・手・足 _____
その他(_____) _____

今回の症状で今までに何か治療をした事がありますか? はい・いいえ _____

治療院 _____ いつごろですか _____

現在治療中の病気がありますか? はい・いいえ _____

病院名 _____ 病名 _____

常用している薬及び栄養剤(漢方薬・ビタミンなど)がありますか? はい・いいえ _____

薬品名 _____

これまでに下記の治療を受けたことがありますか? はい・いいえ _____
カイロプラクティック・整体・整骨・はり・きゅう・指圧・マッサージ _____

その他の治療 _____

カイロプラクティックに関する知識をおもちですか? はい・いいえ _____

何か運動をしていますか? はい・いいえ _____

運動名 _____ 過去にしていた _____

タバコ.....吸わない・吸う(1日 _____ 本)・現在は吸わない(_____ 年前)

アルコール.....飲まない・飲む(多い・普通・少ない)・現在は飲まない(_____ 年前)