

健康申告書

初診日 年 月 日

ふりがな		性別		大正	年	月	日
名前		男・女	生年月日	昭和	年	月	日 (歳)
住所	〒						
電話番号	携帯 ()	—		職業			
	その他 [] ()	—					

※電話番号は、日中必ず連絡のつく番号をご記入ください。ご予約の確認に使用させていただく場合がございます。

緊急連絡先電話番号	ご家族 ()	—
	その他 [] ()	—

- どこがどのようにつらいですか？（現在の苦痛はどこですか？）
〔 〕
- いつ頃から、その症状がありますか？
〔 〕
- どこかで治療を受けましたか？ どちらで治療を受けられましたか？（例：整形外科 など）
いいえ ・ はい〔 〕
- 現在、服用されている薬がありますか？
いいえ ・ はい〔 〕
- 過去に大きな病気をされたことはありますか？ それは、いつ頃ですか？
いいえ ・ はい〔 〕
- ご家族に病気はありますか？（例：高血圧・糖尿病・癌・その他の病気）
いいえ ・ はい〔 〕
- いままでに受けたことのある治療はありますか？ ○をつけてください。
◇マッサージ ◇ はり ・ きゅう ◇ 漢方
- 附属薬店にて漢方相談を希望されますか？
いいえ ・ はい
- わかるところだけで結構です。（ ）の中をお答えください。（○をつけてください）
◇身長（ cm） ◇体重（ kg） ◇血圧（ — ）
◇睡眠（ 良好 ・ ねつきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 眠れない ）
◇排便（ 規則的 ・ 不規則的 ）（ 便秘しやすい ・ 下痢しやすい ）
◇排尿（ 一日 回 ）（ 頻尿 ・ 尿の量はすくない ）
◇アレルギー体質ですか？ いいえ ・ はい → 原因は食べ物ですか？お薬ですか？
〔 〕
◇嗜好品（ アルコール ・ タバコ ・ その他〔 〕 ）
- 当治療院を何でお知りになりましたか？（ HP ・ チラシ ・ ご紹介 ・ その他 ）

*皆様の個人情報は、施術・施術に関するご案内のためにのみ使用いたします。プライバシーは厳重に保護されますので、ご安心ください。