健康申告書

初診日　　年　　月　　日

ふりがな		性　別	生年月日	大正 昭和 平成	年　月　日（　歳）
名　前		男・女			
住　所	〒			郵送DM	希望する・希望しない
メールアドレス				メールDM	希望する・希望しない
電話番号	携帯　　－　　－ 自宅・会社・その他　　－　　－			職業	

※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ことがございます。

緊急連絡先電話番号	続柄〔　　〕　　－　　－

1．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？）

（　　）

2．いつ頃から、その症状がありますか？

（　　）

3．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（　　）

4．現在、服用されている薬がありますか？

いいえ・はい（　　）

5．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（　　）

6．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（　　）

7．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

8．附属薬店にて漢方相談を希望されますか?

いいえ・はい

9．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〔　　〕　）

10．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。