

						自賠		労災		自費		
						組	協	共	国	高	後	本・家
						親	子	乳	障	退		

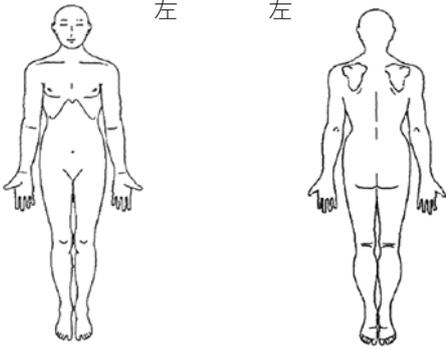
受診日 年 月 日

割

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	職業	会社員 自営 パート 学生
氏名	(歳)		大・昭・平		専業主婦(夫) その他()
住所	〒 ー		年 月 日	内容	デスクワーク 立ち仕事 力仕事 運転 その他()
				電話	携帯： 自宅：

1. 痛みに×、コリ・シビレに○をご記入下さい。

右 左 左 右



2. どのような症状で、いつ頃からありますか？

3. 希望の治療スタイルに○してください(複数回答可)

- a. 早期に痛みだけ取って欲しい
- b. 原因からの根本治療を希望したい
- c. 相談してから決めたい
- d. その他 ()

4. 過去の大きな病気、ケガ、入院、手術経験。治療中、検査中の症状があればご記入下さい。

5. 日常の運動について○、数字でお答えください。

内容： ジム 水泳 ランニング ウォーキング
その他 ()

回数：週 () 回 月 () 回

6. 身長： cm 体重： kg

血液型： A B O AB

7. 苦手と思われる治療に○を付けてください。

はり 電気 テーピング 整体 マッサージ

8. 当院を知ったキッカケに○をつけてください。

看板 電話帳 HP (PC・スマホ・携帯)

紹介 口コミ その他 ()

紹介 (紹介者 様 知人・家族)

症 初診～3回目

説

TP :

AC (本) :
強・弱

手技： 僧・肩甲・上背・下背・臀・下肢
強・弱

ライズ/HV： (分) 部位

リリース：腕 4 脚 4 エイト

抑 ES PO黄・青 ブロック()

MM : 部位

AJ : Tom T マキ C() L

ベッド (仰・側) / マクラ (U・角・丸)

ガウン (上・下) 腹圧 ・ サーモ

AC EL リリース AJ VT : (上・下)
強・弱 強・弱

テープ：KT Liga ()