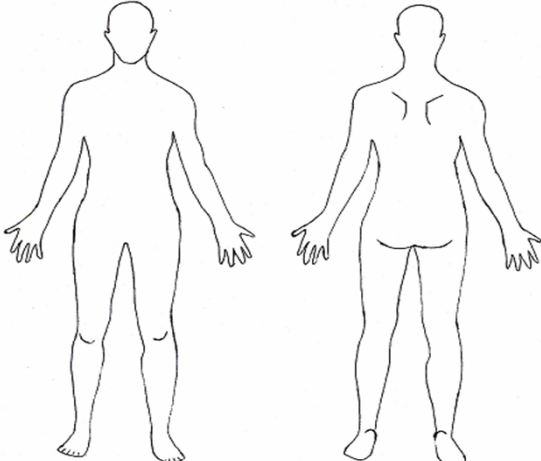


フリガナ	身長 cm
氏名	体重 kg
生年月日 年 月 日 年齢()	視力 右 左
住所 〒	
ご連絡先 (TEL)	メールアドレス
職業・勤務先	
ご来院のきっかけ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ご紹介() <input type="checkbox"/> その他()	
現在の状態について(いつから、どうして、どこが)	
平均睡眠時間(時間)	
身体の気になる部分に印を付けてください 	
気になる身体のある場所があれば印を付けてください <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 顔の痛み <input type="checkbox"/> アゴ・歯の痛み <input type="checkbox"/> 目の奥の痛み <input type="checkbox"/> 首の痛み <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 寝違い <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 背中中の痛み <input type="checkbox"/> 腹部痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> ぎっくり腰 <input type="checkbox"/> 肋間神経痛 <input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア <input type="checkbox"/> 側弯症 <input type="checkbox"/> 猫背 <input type="checkbox"/> お尻の痛み <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腕の痛み <input type="checkbox"/> 肘の痛み <input type="checkbox"/> 手首の痛み <input type="checkbox"/> 腱鞘炎 <input type="checkbox"/> 手指の痛み・冷え <input type="checkbox"/> 脚の痛み・しびれ <input type="checkbox"/> 坐骨神経痛 <input type="checkbox"/> 膝の痛み <input type="checkbox"/> ふくらはぎの痛み <input type="checkbox"/> 足首の痛み <input type="checkbox"/> かかとの痛み <input type="checkbox"/> 足の冷え <input type="checkbox"/> 疲れが抜けない <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 胃が痛い <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> お腹を下しやすい <input type="checkbox"/> 生理痛がひどい	
過去にかかった病気 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> すい臓 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓	
現在かかっている病気 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 胃腸 <input type="checkbox"/> すい臓 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓	