

かな			
氏名	(男性・女性)		
生年月日	T・S・H 年 月 日	年齢 ()	
住所	〒		
電話		ご紹介者	様
職業	形態	自営・勤務・主婦(夫)・その他 ()	
	業種	農業・飲食・製造・医療・介護・営業・事務・官庁・小売 その他 ()	
同居家族	父母・父母・兄弟姉妹・妻夫・息子娘・なし・その他()		

○今お困りの症状がある部位を全て教えてください
 ・首・肩・腰・肘・膝・手首・足首・手・足・他 ()

○その症状はいつ頃からありますか？
 ・数日中 ・1ヶ月～半年 ・半年～1年 ・1年以上前から

○他院での施術を受けたことがあれば教えてください
 ・施術所名 () ・他では受けたことがない

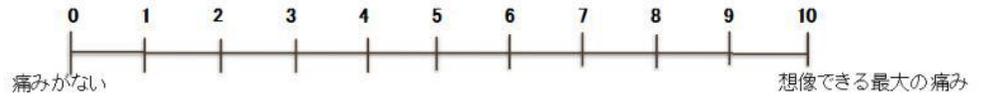
○現在治療中の疾患があれば教えてください
 ・疾患名 () ・治療中の疾患はない

○服薬中の薬や栄養剤があれば教えてください
 ・品名 () ・服用しているものはない

○過去に手術をしたことがあれば教えてください
 ・手術部位 () ・手術をしたことはない

○現在の症状の辛さ、痛みを下の図で示してみてください

(2) NRS (numeric rating scale) 数値評価スケール



○思い当たる症状がある場合は、□にチェックをつけてください

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不安感がある | <input type="checkbox"/> 悩みがある | <input type="checkbox"/> □を大きく開けずらい |
| <input type="checkbox"/> 疲れがとれない | <input type="checkbox"/> 冷える | <input type="checkbox"/> アゴが鳴る |
| <input type="checkbox"/> 手足が動きにくい | <input type="checkbox"/> めまいがする | <input type="checkbox"/> 心配事がある |
| <input type="checkbox"/> 便秘がちである | <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 朝起きれない |
| <input type="checkbox"/> 下痢気味である | <input type="checkbox"/> 頭が痛い | <input type="checkbox"/> トイレが近い |
| <input type="checkbox"/> 喉に違和感がある | <input type="checkbox"/> 動悸がする | <input type="checkbox"/> のぼせる |

○ご希望の施術方法があれば教えてください

- | | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 鍼灸を希望 | <input type="checkbox"/> 手技を希望 | <input type="checkbox"/> 鍼灸は希望しない | <input type="checkbox"/> お任せ |
| <input type="checkbox"/> 超音波・電気治療機器を希望 | | <input type="checkbox"/> その他 () | |

※お身体の状態によって、必要と思われる施術を提案させていただく場合がございます

○身体の使い方など、必要な場合は日常生活指導を実施しています
 日常生活指導を希望されますか？ はい・いいえ

○何か伝えておきたいことがあれば教えてください

※施術者記入欄