

No :

担当

年

月

日

## 診療申込

## リガーレ カイロプラクティック

(フリガナ)			男	生	西暦			
お名前			女	年月日	年	月	日	(歳)
ご住所	〒				携帯番号			
						※緊急時の連絡として携帯番号のご記入をお願いします		
ご職業	ex. デスクワーク、PC作業、営業、接客、配送、搬出搬入など		E-mail					
						□ 緊急時の連絡することがあるので、携帯のアドレスをお願いします。		

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みやしびれがある <input type="checkbox"/> コリやハリ、だるさがある (頭・首・顎・肩・背中・腰・腕・肘・手・指・股関節・膝・足) <input type="checkbox"/> 姿勢や体のバランスが気になる <input type="checkbox"/> 健康管理・予防のため <input type="checkbox"/> 産後(出産した日: / / ) <input type="checkbox"/> 妊娠中(予定日: / / ) <input type="checkbox"/> 出産経験 有 / 無 <input type="checkbox"/> その他 ( )
次のような事がありますか	<input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 呼吸がしづらい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 息切れがする <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 精神不安定 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 胃がもたれやすい <input type="checkbox"/> 食欲減退 <input type="checkbox"/> 自律神経失調 <input type="checkbox"/> 不眠・寝つきが悪い・熟睡できない (睡眠時間は: 約 時間) 時間) <input type="checkbox"/> アレルギー (アレルギー性鼻炎、ぜんそく、アトピー、食物、その他: ) <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 (生理痛・生理不順・月経困難症・その他: )
現在の症状で、どういった治療をされてきましたか?	<input type="checkbox"/> 整形外科 (鎮痛剤・湿布薬・牽引治療・リハビリ・神経ブロック・手術) <input type="checkbox"/> その他医者 ( 科) 疾患名 ( ) <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> 接骨院 <input type="checkbox"/> 指圧・マッサージ <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> 気功 <input type="checkbox"/> カイロプラクティック 通院回数(約 回)    通院期間(約 週間、約 ヶ月間)
これまでにカイロ治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 年 月前)
交通事故、大きな事故・けがの経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 年 月前 or 歳の頃) 部位: <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> 入院した(入院日数: 約 日)
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 生活習慣病 (糖尿病・高脂血症・通風・高血圧・低血圧) <input type="checkbox"/> 内臓の病気 (疾患名: ) <input type="checkbox"/> その他の病気 (疾患名: )
飲んでいる薬はありますか	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> ある (どんな薬?: )
当治療院をお知りになったきっかけは	<input type="checkbox"/> 知人・ご家族からの紹介 (ご紹介者名: ) <input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> Google検索 <input type="checkbox"/> Yahoo検索 <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> その他口コミサイト ( ) <input type="checkbox"/> 看板・パンフレットを見て <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> 日本カイロプラクターズ協会 (JAC) <input type="checkbox"/> その他 ( ) できましたら検索ワードを教えてください ( )
その他ご要望がありましたら	