



ふりがな			
氏名			
住所	〒		
電話番号	(携帯)	(自宅)	
生年月日	T S H R	年 月 日	才 (男女無回答)

該当する項目に○をつけ、必要な点を記述してください。

Q1. 小金井けやしき整体院を何で知りましたか？

・看板 ・ホームページ ・チラシ ・紹介( )様

Q2. 今日はどうされましたか？

( )

Q3. それはいつ頃から起こりましたか？ (原因は？)

( )

Q4. 通われていた治療院はありますか？

(治療院名 : )

Q5. 受けたことがある治療法があれば教えてください。

・接骨院 ・鍼灸 ・マッサージ ・整体 ・その他

Q6. 過去、現在、医療機関にかかっている方  
または手術歴を以下にご記入ください。

診断名 ( ) 才の時)

薬の名前 ( )

Q7. 平均睡眠時間

●午前( )時～午後( )まで・不規則 ●約( )時間

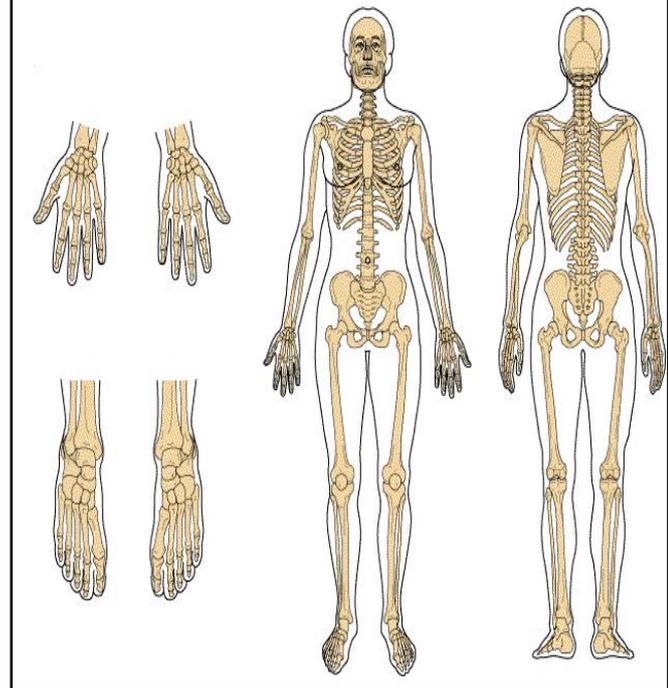
Q9. あなたと同居しているご家族の方を教えてください。

●配偶者 ●子ども (男 人・女 人) ●孫 ●自身の親・配偶者の親 ●同居していない ●その他

Q10. 該当するものに○をして下さい。

- ・血圧 ( ~ ) ・金属アレルギー ・ストレス ・自律神経失調症 ・慢性疲労感
- ・不眠 ・イライラ ・うつ病 ・パニック ・不安症 ・神経症 ・恐怖感 ・ノドのつまり ・のぼせ
- ・忘れっぽい ・集中できない ・物忘れ ・まぶしい ・眼精疲労 ・口の渴き ・適応障害 ・依存症
- ・パーソナリティ障害 ・食欲不振 ・発熱 ・頭痛 ・めまい ・耳鳴り ・脳疾患 ・顎関節症 ・がん
- ・骨粗しょう症 ・糖尿病 ・リウマチ ・人工関節 ・ペースメーカー ・HIV ・便秘 ・むくみ
- ・動悸 ・冷え症 ・ほてり ・貧血 ・高血圧 ・低血圧 ・高脂血症 ・膠原病 ・痛風 ・バセド病
- ・橋本病 ・喘息 ・アトピー ・鼻炎 ・花粉症 ・肺疾患 ・心臓疾患 ・肝臓疾患 ・腎臓疾患
- ・胃腸疾患 ・膀胱炎 ・前立腺炎 ・骨盤の歪み ・生理痛 ・生理不順 ・不妊 ・婦人科疾患 ・妊婦
- ・産後 ・更年期障害 ・その他 ( )

※辛いところに印を付けてください。



Q8. お仕事について

- 職業 ( ) ●休日 ( )
- (肉体・事務・パソコン・立ち・運転)仕事
- ( )時から( )時まで