

フリガナ
氏名 生年月日 . .
住所 Tel
職業
当院受診のきっかけ <ul style="list-style-type: none"> ・知人・家族の紹介（紹介者） ・ホームページ パンフレット 自宅から近い 仕事場から近い ・その他（）
妊娠している方のみ記入してください。 出産予定：（ 年 月 日） 週数：（ ）週
どこを改善したいですか？ <ul style="list-style-type: none"> ・疲労回復 辛い場所 ・首コリ ・肩こり ・背中の張り ・腰のだるさ ・足のだるさ ・眠りが浅い ・疲れが抜けない
今一番つらい症状は、今回はいつごろから始まりましたか
今回の症状が起こる前に 肉体的に無理をしましたか？（はい、いいえ） 精神的に無理をしましたか？（はい、いいえ） 風邪を引いていましたか？（はい、いいえ） 生活環境が変化しましたか？（はい、いいえ）
その他、なにか気づかれたことがございましたらご記入ください
常用薬：頭痛薬 血圧降下剤 鎮痛剤 睡眠薬 精神安定剤 ホルモン剤 ヒスタミン剤 便秘薬 経口避妊薬 漢方薬 その他