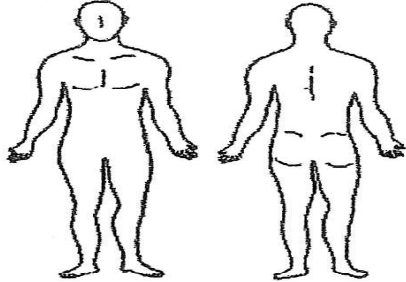


郵便番号〒		電話（携帯）
住所		電話（自宅）
ふりがな		生年月日
氏 名		S・H・R 年 月 日（ ）才
ご職業・学年		立ち仕事・座り仕事・PC作業・運転
趣味・スポーツ		具体的に（ ）
当院を知ったのは？	ホームページ・ご紹介（ご紹介者名： ）	
治療を受けたい場所に ○を付けて下さい。 （特に辛いところは◎）	 頭・目・首・肩 腕・肘・手・指 背中・腰・お尻 股・脚・膝・顎 その他（ ）	
症状としては？ （レを入れてください）	☐ 痛み ☐ コリ ☐ 重さ（頭・腰） ☐ 自律神経の乱れ ☐ 歪み ☐ 眼精疲労 ☐ 脚のだるさ・むくみ その他（ ）	
その症状が「最も強くなる」のは？		
いつからですか？	（ / ）に・（ ）週前・（ ）ヶ月前・数年前から	
他院を受診しましたか？	☐ 整形外科 ☐ 整骨院 ☐ 心療内科・精神科 ☐ その他	
どんな診断説明ですか？	診断説明（ ）	

健康保険使用には2週間以内の「何日に何をして痛めた」原因の記載が必要です。

原因は？	☐ 物を持って ☐ 作業中 ☐ 運動 ☐ 育児 ☐ ストレス その他（ ）
------	---

今回の症状は初めて？	☐ 初めて ☐ （ ）回目 ☐ 慢性
プログラムを組んで 通院できますか？	☐ はい （毎回 1000 円 割引券が適用されます） ☐ いいえ
加えて欲しい治療は？	☐ 全身指圧 ☐ メノ・セラピー（自律神経調整） ☐ 美容鍼 ☐ 骨盤矯正 ☐ 頸椎矯正 ☐ 目と頭の整体 ☐ 逆子治療
何か希望がある方は どうぞお書き下さい	

当院から割引券等を送る場合があります。送られて困る方はレを入れてください ☐

||