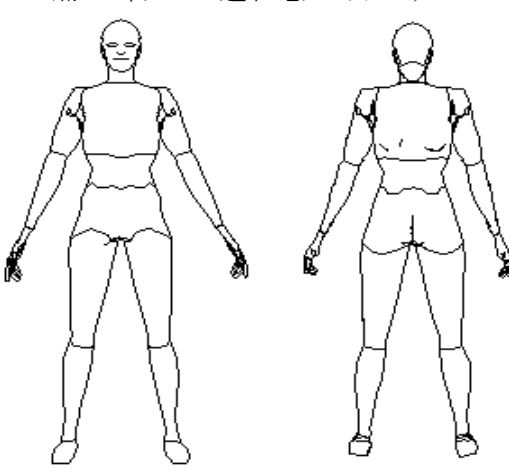


お名前(ふりがな)	性別 男 女	痛みまたは違和感はいつからですか？ 今日・昨日・おととい・1週間・10日前・2週間 それ以前( )
生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)		なにをして起こりましたか？ 立ち上がったとき・重い物を持ったとき ・寝ているとき・腕を上げたとき・同じ姿勢を続けた ・スポーツで・ひねった・ころんだ・ぶつけた ・その他( )
郵便番号		どこで負傷しましたか？ ・自宅・学校・道路・屋外・屋内 ・その他( )
住所		痛みはありますか？ いいえ はい
電話番号		・じっとしても痛い・動かすと痛い・押すと痛い 以前にも同じ経験をしたことがありますか？ ・はい(それはいつ頃？ )
携帯等(連絡先)		スポーツ・運動はしていますか？(部活も含む) ・いいえ・はい( )
E-mail		その頻度は(週、月) 回 時間
当院を何処でお知りになりましたか？ インターネット 電話帳 その他 ご紹介( 様より )		過去にスポーツ・運動をしていますか？ ・いいえ・はい( )
血液型		右利きですか？左利きですか？ ( )
O型 A型 B型 AB型 Rh(+ ー)		お仕事はなんですか？ ( )
どこが痛い・苦しい・違和感がありますか？		アレルギー体質だといわれたことがありますか？ ・いいえ・はい( )
		今、薬を服用していますか？ ・いいえ・はい( )
		次のいずれかに該当しますか？ 妊娠・高血圧・心疾患(ペースメーカー装着)
		骨折固定の為金具使用中ですか？ ・いいえ・はい( )
		今までに 怪我、病気、出産等で手術をした事 がありますか？ ・いいえ・はい( )
		今、病院・鍼灸・接骨・整体を受診していますか？ ・いいえ・はい( )
		歯科の治療を受けていますか？ ・いいえ・はい(治療中、治療済み ) かかりつけ歯科院名( )
あご 首 背中 腰 尻 肩 上腕 肘 前腕 手首 手 手指 股関節 ふともも 膝 すね 足首 あし 足指 (その他 )		

うらにも続きます。

<p>治療の目的は？(複数選択可能です)</p> <p><input type="checkbox"/> 症状を緩和したい(対症療法) (元気になりたい)</p> <p><input type="checkbox"/> 疲労を抜きたい(元気になりたい)</p> <p><input type="checkbox"/> 虚弱体質を改善したい</p> <p><input type="checkbox"/> 冷え性や婦人系を改善したい</p> <p><input type="checkbox"/> 柔軟性(しなやかな身体になりたい)</p> <p><input type="checkbox"/> 骨格(変形性関節症等 骨の疾患)</p> <p>(美しく、若くなりたい)</p> <p><input type="checkbox"/> 頭蓋骨、脊柱、骨盤、O脚の矯正</p> <p><input type="checkbox"/> 体形を整えたい</p> <p><input type="checkbox"/> 痩せたい(ダイエット)</p> <p><input type="checkbox"/> 肌を美しくしたい</p> <p>(不安を解消したい)</p> <p><input type="checkbox"/> 健康の問題</p> <p><input type="checkbox"/> 対人の問題</p> <p><input type="checkbox"/> 自分の性格の問題</p> <p>(能力を上げたい)</p> <p><input type="checkbox"/> 限界突破を目指す</p> <p><input type="checkbox"/> 自由自在を目指す</p> <p>(予防をしたい)</p> <p><input type="checkbox"/> 運動器不安定症の防止</p> <p><input type="checkbox"/> 生活習慣病の防止</p> <p><input type="checkbox"/> ケガやスポーツ傷害の予防</p>	<p>領収書の発行について</p> <p><input type="checkbox"/> 必要とせず</p> <p><input type="checkbox"/> 必要とする</p> <p><input type="checkbox"/> 確定申告用医療控除に使用 (月一括、年一括が便利です。) ただし、保険分と材料費等の合計になります。</p> <p><input type="checkbox"/> 高額医療控除に使用 (月一括、が便利です。) ただし、保険一部負担金のみとなります。</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p>
<p>治療の方法は</p> <p><input type="checkbox"/> 最小限度の治療でよい (保険適用施術のみの治療となります。)</p> <p><input type="checkbox"/> 当院おすすめおまかせ治療</p>	
<p>使用になる保険は？</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険(国保、全国保険協会等) (負傷日、場所、原因が明確かつ外傷性の傷病)</p> <p><input type="checkbox"/> 使用せず自費 (特定の健康保険組合 または上記以外のものに適用です)</p> <p><input type="checkbox"/> 労災保険 (業務上の傷病に適用されます。)</p> <p><input type="checkbox"/> 自賠償保険 (交通事故、もしくは第3者行為による傷病)</p>	