

以下はお客様のお身体の状態を把握するための情報です。セラピストは診断や薬の処方を出さないことをご了承ください。

記入日	年	月	日	()	お名前	男・女・X					
生年月日	年	月	日	年齢	歳	血液型	型	身長	cm	体重	kg

健康状態	病歴・治療歴 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
	①疾患名: <input type="checkbox"/> ご家族に同じ疾患の方がいる <input type="checkbox"/> 治療済み(治療終了時期:) <input type="checkbox"/> 治療中(発症時期:) 通院中で処方薬があればお書きください					
	②疾患名: <input type="checkbox"/> ご家族に同じ疾患の方がいる <input type="checkbox"/> 治療済み(治療終了時期:) <input type="checkbox"/> 治療中(発症時期:) 通院中で処方薬があればお書きください					
	③疾患名: <input type="checkbox"/> ご家族に同じ疾患の方がいる <input type="checkbox"/> 治療済み(治療終了時期:) <input type="checkbox"/> 治療中(発症時期:) 通院中で処方薬があればお書きください					
	以下の症状が現在あれば○、過去に経験された場合はレ点をご記入ください。					
	偏頭痛	その他頭痛	不眠	顎関節症	関節炎	リウマチ
	脊椎彎曲症	椎間板ヘルニア	骨粗鬆症	手根管炎	むち打ち	坐骨神経痛
	あざが出やすい	痛風	血栓	脳卒中	心臓病	ぎっくり腰
	癌	鬱	線維筋痛症	パニック障害	ヘルペス	静脈瘤
	糖尿病	腎臓障害	肝炎(ABCその他)	婦人科系疾患	脱臼	
		感染症()		その他()		
体調	<input type="checkbox"/> 好調 <input type="checkbox"/> 不調 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 疲労が強い					
排尿	1日()回	排便	週()回			
体質	<input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 便秘症 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> ストレス <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 生理不順 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> アトピー(歳~) <input type="checkbox"/> 過敏性腸症候群 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 他アレルギー()					
性格	<input type="checkbox"/> 繊細 <input type="checkbox"/> 穏やか <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 楽観的 <input type="checkbox"/> 心配性 <input type="checkbox"/> 活発 <input type="checkbox"/> 起伏がある					
生活状態	常用薬	<input type="checkbox"/> 便秘薬 <input type="checkbox"/> 胃腸薬 <input type="checkbox"/> 鎮痛薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> ピル <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン剤 <input type="checkbox"/> 頭痛薬 <input type="checkbox"/> その他()				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 深い <input type="checkbox"/> 浅い <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 寝起きが悪い <input type="checkbox"/> よく目が覚める 睡眠時間(時)~(時)まで 平均 時間 <input type="checkbox"/> 昼寝あり				
	運動	種類:	喫煙	あり(1日 本)・なし		
	入浴	<input type="checkbox"/> 週に()日()分湯船に浸かる <input type="checkbox"/> シャワーのみ				
	入れ歯	入れ歯 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
食生活	時間帯	朝食 時頃 昼食 時頃 夕食 時頃				
	食品傾向	多く食べる順番に番号をつけてください。 肉類() 魚類() 野菜() ご飯() パン() 麺類() 菓子類() 乳製品() 海藻類() 果物()				
	食事形態	1週間の回数 家庭食 回 外食 回 弁当 回 コンビニ 回				
	間食	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週1~ 回 <input type="checkbox"/> 食べない				
	飲み物	1日の摂取量 水(L) お茶・紅茶(杯) コーヒー(杯) ハーブティー(杯) ジュース() ビール() 日本酒() 焼酎() ワイン() 他()				

上記に書かれていることは私の知りうる限り事実であり間違いありません。

私 _____ は施術を受けることに同意致します。 署名 _____ 年 月 日