

現在の症状をご記入ください。

施術日 年 月 日 ( ) お名前 \_\_\_\_\_

施術回数 回目 時～ 疾患の名称や症状：

本日の **施術前** の状態(前回からの変化など)：

症状の度合い 0-----5-----10

症状なし

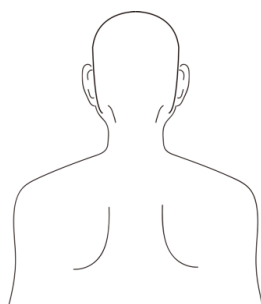
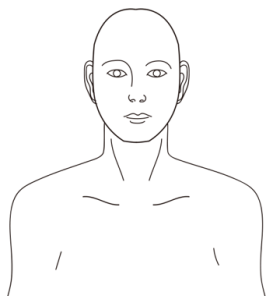
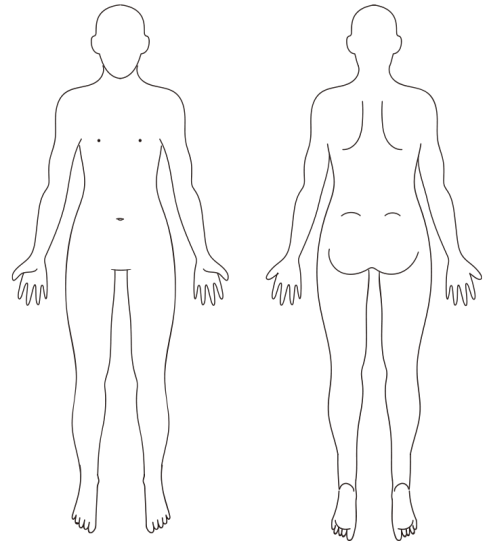
最悪の症状

症状のある部位に×印をつけてください。

症状の頻度 25%・50%・75%・100%

症状の種類 鋭い・鈍い・疼く・神経痛・筋肉痛

その他( )



精神面



本日の **施術後** の状態：

症状の度合い 0-----5-----10

症状なし

最悪の症状

memo：

症状の頻度 25%・50%・75%・100%

精神面

