

問 診 録

初診： 年 月 日

フリガナ 名前	男 女	生年月日	才	未婚 既婚
住所：〒				
TEL/FAX		e-mail:		
職業：		紹介者：		

今までした病気：

今まで受けた治療： 漢方薬 西薬 手術 鍼灸 マッサージ カイロ その他

今回治したいところ：

病歴：

現在使用している薬：

現在の症状及びしばしば起きる症状に○印をお付けください。

1. 頭頸部・・・めまい，頭の疲れ，眠れない，頭が痛い，熱い，耳鳴り，鼻づまり，口の渴き，首の痛み
2. 肩背部・・・肩（右、左）の凝り、痛み，背中（左、真中、右）の凝り、痛み
3. 胸腹部・・・胸が苦しい、痛み，動悸，胸やけ，咳，息切れ，吐き気，胃のもたれ、痛み，食欲不振，お腹がはる、痛い，便秘，下痢，痔，生理異常，不妊症，小便が近い
4. 腰臀部・・・腰痛（左、右），坐骨神経痛
5. 腕足部・・・（左、右）の（足、腕）が痛い、痺れる、痙攣する、冷え性
6. その他・・・体がだるい、疲れやすい、むくみ、体重減少

ご希望の施術者： 男性 女性 どちらでも良い

当院の気功療術を受けることに同意します 氏名

初診の判断：