

- 9) 施術経験のある カイロプラクティック 年 月 頃 整体 年 月 頃
 内容に✓印を マッサージ 年 月 頃 鍼灸 年 月 頃
 つけてください。 その他() 年 月 頃
 美容矯正 年 月 頃

10) これまで美容整形の経験はありますか？(ヒアルロン酸・ボトックス等含む) 有り・なし

11) これまで医療機関で継続的に受けた治療があればご記入ください。

診断名	医療機関名	いつ頃?	通院期間	入院歴	手術歴	再発症
		歳頃()週・月・年		有・無	有・無	有・無
		歳頃()週・月・年		有・無	有・無	有・無

12) 生活環境について教えてください。

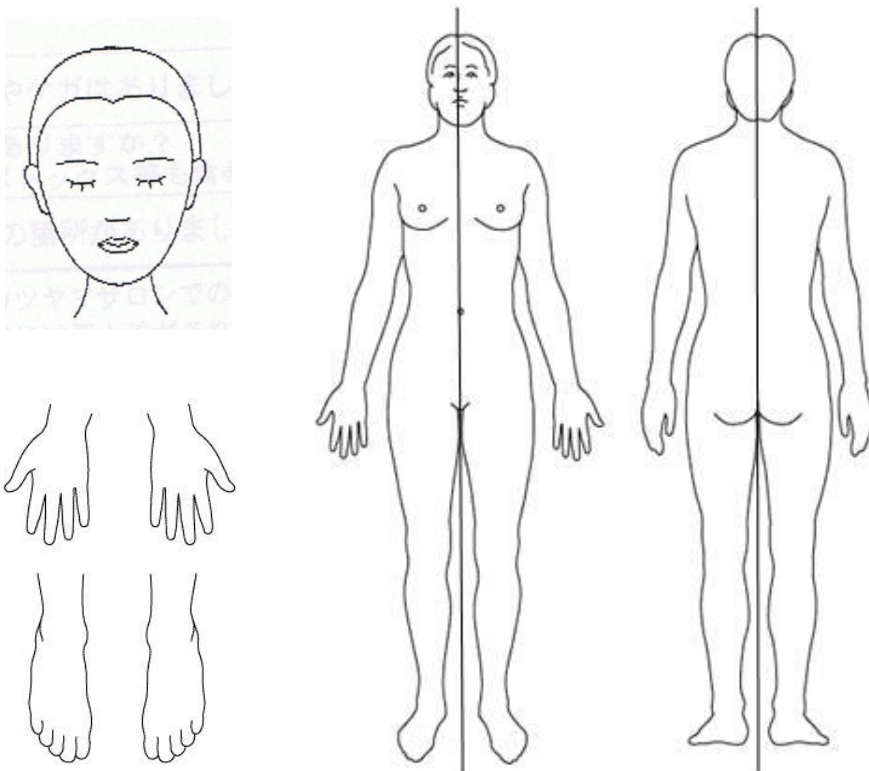
- ◆ ご職業 () ・ 主婦 ・ 妊婦 ・ 学生 ・ その他()
- ◆ 勤務時間 時 ~ 時 定時 ・ 不規則 ・ その他
- ◆ 仕事内容 肉体労働 ・ 事務作業 ・ パソコン業務 ・ 座り仕事 ・ 立ち仕事 ・ 運転 ・ 軽作業 ・ その他
- ◆ 睡眠時間 平均()時間 ・ 不規則
- ◆ 就寝姿勢 上向き ・ うつ伏せ ・ 横向き(右上 ・ 左上) ・ 不規則
- ◆ 運動習慣 なし ・ あり ()を、週 ()回、1回につき ()分程度実行。
- ◆ 嗜好品 タバコ(本/日) ・ 酒()を (程度)
 コーヒー ・ 緑茶 ・ 紅茶 (杯程度/日) その他()

13) 食環境について教えてください。

- ◆ 食事のリズム 朝()時頃、 昼()時頃、 夜()時頃、 不規則
- ◆ 食事の傾向 調理済みが多い 肉類が多い 野菜類が多い 魚類が多い
 バランスに気をつかう バランスが偏っている
- ◆ 補助食品 摂らない ・ 摂る ()

14) 現在の症状を下記の図に記号でご記入ください。

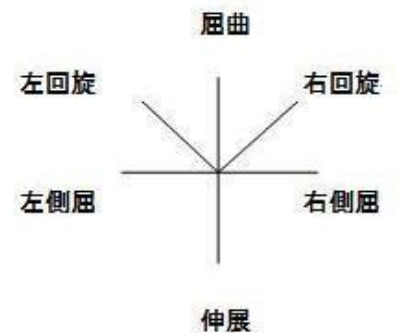
○ コリ = しびれ △ 鈍い痛み × 鋭い痛み



当院記入欄

※ 特記事項

【 TX 】



身長 _____ cm
 体重 _____ kg
 体脂肪率 _____ %
 BMI _____
 血圧 _____ / _____
 脈拍 _____ 拍



C/S T/S L/S

