



- 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 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。

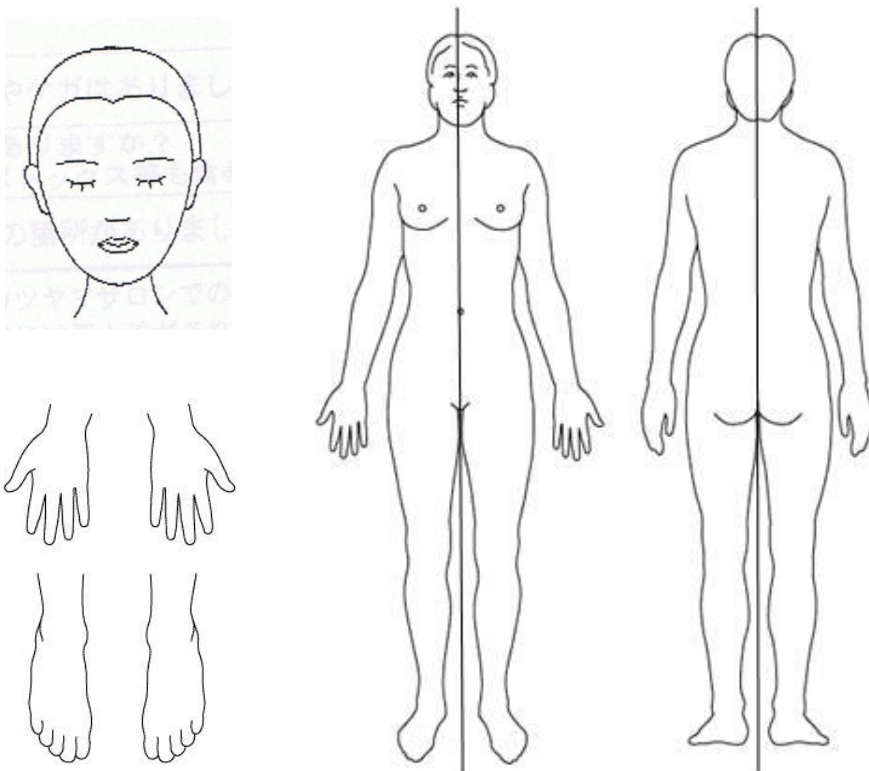
- ◆ ご職業 ( ) ・ 主婦 ・ 妊婦 ・ 学生 ・ その他( )
- ◆ 勤務時間 時 ~ 時 定時 ・ 不規則 ・ その他
- ◆ 仕事内容 肉体労働 ・ 事務作業 ・ パソコン業務 ・ 座り仕事 ・ 立ち仕事 ・ 運転 ・ 軽作業 ・ その他
- ◆ 睡眠時間 平均( )時間 ・ 不規則
- ◆ 就寝姿勢 上向き ・ うつ伏せ ・ 横向き( 右上 ・ 左上 ) ・ 不規則
- ◆ 運動習慣 なし ・ あり ( )を、週 ( )回、1回につき ( )分程度実行。
- ◆ 嗜好品 タバコ( 本/日 ) ・ 酒( )を ( )程度  
 コーヒー ・ 緑茶 ・ 紅茶 ( 杯程度/日 ) そ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

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



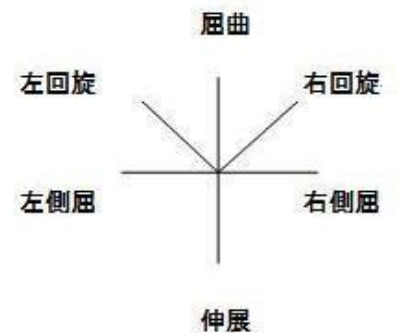
当院記入欄

※ 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





