CHIRO PRACTIC 石川

【カイロプラクティック記入書】

担当：
初診：
登録：

＊お手数ですがご記入をお願い致します。詳しくは後ほどカイロプラクターがお伺い致します。

カナ		生年月日	西暦　　年　　月　　日（満　　歳）		
氏名		ご職業		既婚	未婚
				出産	有・無
ご住所	〒				
自宅電話		携帯電話			
Eメール	＠				

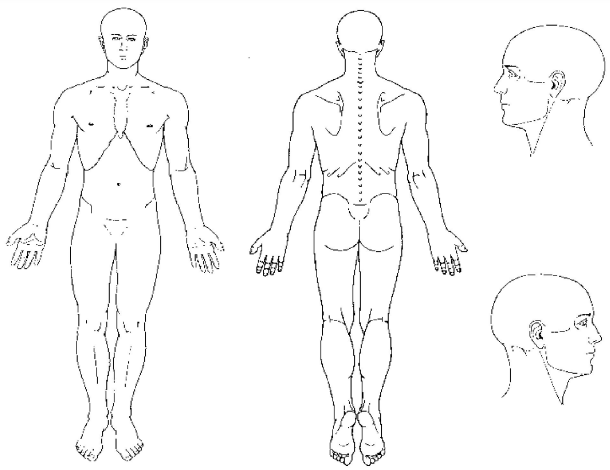
＊当院をどのようにしてお知りになりましたか。

ご紹介者（　　様）　看板　ホームページ（PC・スマホ）　その他（　　）

＊お困りの症状、ご希望等をご記入下さい。
(いつから・思い当たる原因・経過など)
またこの件で病院・整骨院・整体等の受診があれば
ご記入下さい。（病院名・診断名など）

【治療方法について】該当するものに〇をして下さい
☐治療方法に関して特に希望はない
☐過去に悪化した治療方法がある
☐関節矯正(関節音の生じる手技)は受けたくない
☐揉み返しなどの経験がある
☐痛みを伴う治療は苦手である
☐その他(　　)

＊お困りの部位を記して下さい。



＊現在患われている病気・症状に〇を、過去に患われた病気・症状に△をご記入下さい。

発熱	動悸	息苦しさ	頭痛	めまい	耳鳴り	吐き気	食欲不振	体重減少	不眠
低血圧	高血圧	高脂血症	糖尿病	骨粗鬆症	喘息	肝病変	胃痛	腹痛	背部痛
不整脈	貧血	冷え症	眼精疲労	下痢	便秘	生理不順	情緒不安定	躁鬱	パニック

＊上記の他に現在患われている疾病・過去に患われた疾病があればご記入下さい。

＊現在服用されているお薬等があればご記入下さい。

＊ご家族が現在患っている、もしくは過去に患った疾病等があればご記入下さい。

身長・体重	cm	kg	利き腕：右・左

運動をしていますか。	はい・いいえ	（何を　　）（どの位　　）（週に
お酒を飲みますか。	はい・いいえ	（何を　　）（どの位　　）（週に
タバコを吸いますか。	はい・いいえ	１日　　本を　　年間

最後に、受診に際する注意事項ならびに個人情報の取り扱いについてご理解頂けましたらご署名下さい。

年　　月　　日　　ご署名：