

カウンセリングカルテ

NO, _____

平成 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日		血液型
	大 昭 平		
	年 月 日 歳		型
ご住所 〒	ご紹介者		
	様		
電話番号	携帯電話		
メール	docomo	au	softbank
	@		

ダイレクトメールを希望しない場合は口にチェックをしてください。

※お答えにくいかとは思いますが、施術に必要なことでもありますので、ご協力のほどお願いします。
(個人情報になりますので、当店のみでの使用になります。)

ご職業	お仕事内容		
会社員 公務員 自営業 パート	デスクワーク	外まわり	力仕事 立ち仕事
専業主婦 学生 その他()	運転作業	スポーツ	他()
自覚症状			
	肩こり	首の痛み	背中の痛み
	足、膝、太ももの痛み	疲労	頭痛
	生理痛	生理不順	しびれ
	肌荒れ	食欲不振	げり
		むちうち	目の疲れ
			その他()
アレルギー	妊娠	出産歴	
なし あり()	あり なし	あり(人) なし	
いままでにかかった病気			
脳卒中 心臓病 がん	ヘルニア	膠原病	泌尿器の病気
消化器の病気 呼吸器の病気	循環器の病気		こころの病気
糖尿病 整形外科の病気	交通事故		婦人科の病気
ほか()	()		
手術は受けたことはありますか？	はい		いいえ
今、通院中ですか？	はい		いいえ
今、お薬を飲んでいますか？	はい		いいえ
食生活	規則的	不規則	
お酒	よく飲む	時々飲む	飲まない
睡眠	よく寝れる	寝れない	眠りが浅い 睡眠1日 時間
運動	よくする	たまにする	まったくしない
今まで経験したものは			
	酸素カプセル	マッサージ 整体	カイロプラクティック 整骨 はり灸 気孔 電気治療 エステ
最後に当店はどのように知られましたか？			
	ご紹介	ホームページ	アイスポット 他のウェブサイト フリーペーパー テレビ ラジオ 雑誌 チラシ

ご協力ありがとうございました