

正確に、記入もれの無いようお願いします。

わからない時は、その旨お書き下さい。

ふりがな お名前	様(男・女)	血液型	Rh( 型 )	大 昭 平 年 月 日生
ご職業	ご紹介者		様／インターネットで見て	
ご住所	〒 ー		↓主な方に、√印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 電( ) ー <input type="checkbox"/> 携帯( ) ー	
	E-Mail : _____			
ご住所	【緊急連絡先】 〒 ー		↓主な方に、√印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 電( ) ー <input type="checkbox"/> 携帯( ) ー	
ご家族	〔未婚・既婚〕 ※自宅でお灸をして下さる方に○印を付けて下さい。			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			

今、一番つらい(痛み・不安など)症状についてお聞きします。

・どこが? ( )

・どのような状態ですか?( )

・いつから?( )

・どのように起こりましたか? (急に・徐々に・わからない)

・つらさ(痛み・不安など)の程度を数字で表すと?(○印を付けて下さい)  
(なんともない) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (耐え難い)

・どのようにになりたいですか?( )

・つらい時期は?(朝・昼・夕方・深夜)  
(イライラした時・気持ちの沈んだ時・常に・一定しない)  
(春・夏・秋・冬・梅雨時・季節の変わり目・クーラーで・暖房で)

・思い当たる発症のきっかけがありましたら、お書き下さい。

・この症状に対して、これまで治療された方は、お書き下さい。  
どこで? ( )  
どんな治療を?( )  
何と診断・説明されましたか?( )  
治療効果はどうでしたか?( )

・特に希望されない治療があれば、×印をつけて下さい。  
①鍼 ②灸(自宅施灸を含む) ③指圧  
※希望されない理由は何ですか?





