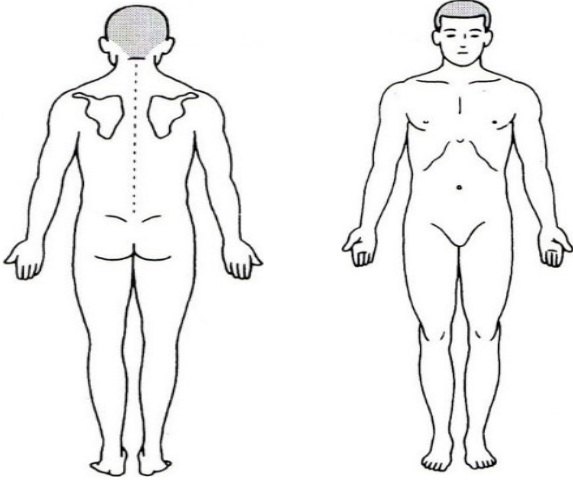


ふりがな		生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日 ( 歳)		
氏名		電話番号			
		男・女	メール		
住所 (お住まい)	〒		職業		
スポーツ歴	過去：	現在：	趣味		

来院のきっかけ 紹介( 様)・通りがかり・チラシ・HP・SNS・口コミ・その他( )

<p>気になる部位に○をつけてください</p> 	いつ頃から？
	今日／昨日／2～3日前／1週間前／2週間前／それ以上前( )
	日常生活への影響
<p>痛みや不調があることにより、日常生活にどのような支障をきたしていますか？                  簡単にご記入下さい。</p> <p>( )</p>	

気になる症状	痛み／しびれ／腫れ／コリ／感覚が鈍い／むくみ 動きが悪い／違和感／疲れやすい／だるい
	のぼせ／ほてり／めまい／耳鳴り／イライラする／眼精疲労 不眠／食欲不振／呼吸が浅い／ぜんそく
	花粉症／アレルギー性鼻炎／副鼻腔炎／アトピー／その他( ) 気持ちが落ち込む／手足の冷え／トイレが近い／夜中にトイレで目が覚める 自律神経が乱れやすい／便秘／下痢／胃腸が弱い／その他( )

治療要望 複数可	<p>&lt;治療に関するご要望等ありましたらご自由にお書き下さい&gt;</p> <p>( )</p>
-------------	--