

ボディリサーチ カイロプラクティック オフィス

フリガナ

氏名 _____ 様 生年月日 S .H .R 年 月 日 歳 血液型 _____

住所 〒 _____ / _____

・ご連絡のつきやすい電話番号 (_____) _____

・メールアドレス _____ @ _____

・配偶者 有 無 　　・ご職業 _____

・当院はどの様にして知りましたか？ ホームページ 紹介 その他（紹介者 氏名 _____ 様）

* 質問項目はカラダの治療の重要なデータになりますので、できるだけ詳しく記入にご協力お願いします。
今回の来院の目的及び一番診てもらいたい症状はなんでしょうか？

・現在の症状を他で診てもらいましたか？ はい いいえ

はい の方 治療院/病院名 _____ 通院回数 _____ 回

病名/診断名 _____

その時レントゲンは撮られましたか？ はい いいえ

・過去に病気(手術)、交通事故又ケガなどで入院されたことがありますか？

はい いいえ

→はい の方 その時の病名、入院歴など詳しくご記入ください

_____ 何年前 _____ どのくらいの期間 _____

・現在服用されているお薬やサプリメントはありますか？ はい いいえ

→はいの方 お薬やサプリメントの品名をお書きください。 _____

・過去に神経を調べる専用機器を使用されるカイロプラクティックへ行かれたことはありますか？

はい いいえ

→はい の方 何年前 _____ 院名 _____ どのくらい期間 _____

