

施術メモ

車・自転車・バイク・徒歩

201 年 月 日

フリガナ		ご紹介者			
氏名		男・女	才	生年月日	年 月 日
住所	〒 —	大阪府 吹田市			
TEL		email アドレス			

- 仕事・業種は？
- 近年、体重の変化は？
- 何か運動はしていますか？
- 血圧(—) [普通・高め・低め] ●抗高血圧剤の服用(有り・無し)
- これまでにマッサージ等の経験はありますか？

クイックマッサージ	カイロ	エステ	整骨・接骨院	鍼灸院
			整体	その他
- これまでにマッサージを受けて気分が悪くなったり、違和感を感じたことがありますか？
なし・あり→どういった症状でしたか？()
- 健康診断で何か言われたことがありますか？
なし・あり→どういった内容でしたか？()
- 痛みや辛さを感じる部位、気になる症状は何ですか？当院に来られた目的は？

●内臓関連で気になる症状はありますか？

●アレルギーはありますか？ なし・あり→アレルゲンは？()

●既往歴はありますか 無し・有り(下欄にご記入下さい)

☆過去

☆現在

●現在、服用されているお薬やサブリなどはありますか？

●ご申告下さい。

☆抗凝固剤は服用していますか？(有り・無し)

☆妊娠していますか？(いいえ・はい・わからない)

☆次の症状について診断を受けたことがありますか？ 無し

リウマチ 骨粗鬆症 てんかん

●その他、気になる症状はありますか？