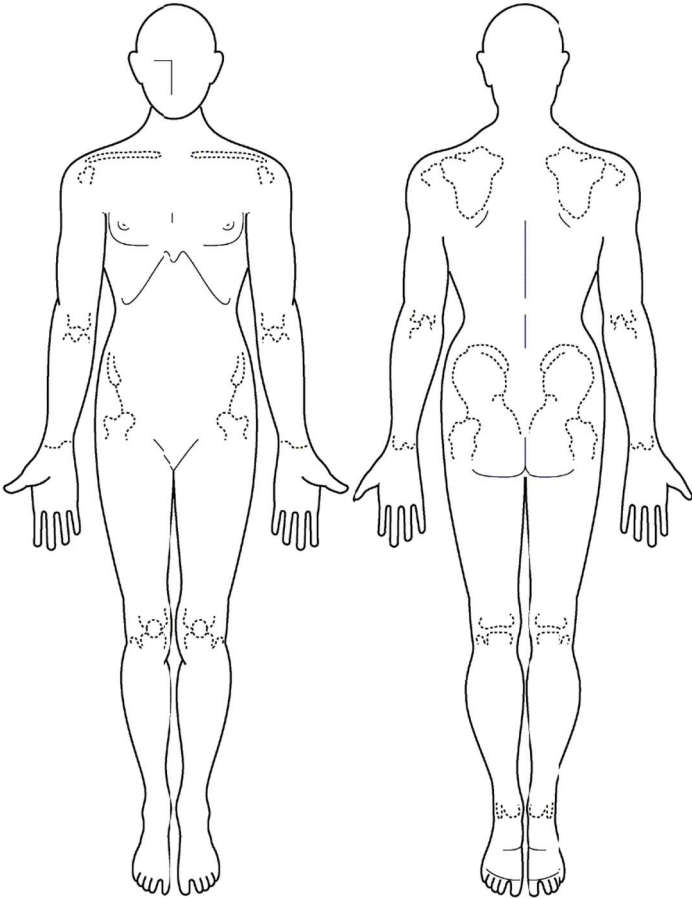


※この枠の中を記入して下さい。

NAME フリガナ 氏名	Surname First name 男女	Address 住所	〒
D.O.B 生年月日	T・S・H・R 年 月 日生 (西暦 年) (歳)	TEL 電話・携帯	Home or Mobile or Work - -
Occupation 職業		Email メール	
紹介者	How did you hear about us? 1. WEB (HP・エキテン・facebook・ほか) 2. 新聞／雑誌 (News paper etc.) 3. 友人 (Friends) 病院 (Hospital) など 4. その他 (Others)	未婚・既婚 歳(子供 人)・離婚・死別	
		スポーツ 歴	Sport (週 回)
食事 食/日 食欲 有・無 好きな食べもの 毎日食べるもの 良く食べるもの	身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg (最近の増減 無・有) 視力 右 左 コンタクト 不使用・使用(ソフト・ハード) 平熱 °C アレルギー 無・有() その他		
※痛み、凝り、痺れなど不快を感じるところに○ 印または線を引いてください。 		What is/are your main complaint(s)? 一番つらい所はどこですか？(病名) _____ _____ _____	
		いつ頃から、どのような症状が起きましたか？ (発症日時・部位・病状・経過) _____ _____ _____	
		病院に行きましたか？ 治療中・経過観察中・診断のみ ・その他() 治療内容など _____	
		現在服薬中の薬 _____ サプリメント _____	
FAMILY MEDICAL HISTORY (s) 家族歴 ※血縁関係にある方の病気歴(いつ、病名、経過) 父 _____ 母 _____ その他 _____		嗜好品 酒 無・有(回/週) (日本酒・ビール・焼酎・ウイスキー・他) 煙草 無・有(本/日 × 年) その他	
		睡眠 起床 時 分 就寝 時 分 寝付き(良・悪)、寝汗(有・無) 夢(有・無)、いびき(有・無)、はぎしり(有・無)	
		尿	____回/日 ※気になること (色 泡 匂い 残尿感 痛み 他)
		便	____回/日 ※気になること (下痢 便秘 血 痔 他)