

正確に、記入もれの無いようにお願いします。

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え			
ご住所	〒 - E-Mail : _____		↓主な方に、√印をつけて下さい。 □ 電 ( ) - □ 携帯 ( ) -	
	【緊急連絡先】 〒 -		↓主な方に、√印をつけて下さい。 □ 電 ( ) - □ 携帯 ( ) -	
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)  

耐え難い		かなり		けっこう		すこし		つらくない												
10	-	9	-	8	-	7	-	6	-	5	-	4	-	3	-	2	-	1	-	0
- ・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?