

## Body research

下記に記載されるものはあなたの個人情報として他にもれることはございません。  
これから治療を受ける上で非常に重要な情報になりますので、詳しくご記入ください。

フリガナ	生年月日	M・T・S・H	血液型
<b>氏名</b>	様	年	月 日 才
<b>住所</b>			
自宅TEL	携帯TEL		
お電話番号は必ずご記入ください。			
職業・ 立ち仕事 ( ) ・ ディスクワーク ( )			
今回の来院の目的及び診てもらいたい症状？			
この症状を他で診てもらいました？ YES. NO			
治療院又病院名	病名 及び診断名		
レントゲンは撮りましたか？ YES. NO			
過去に病気（手術）ケガで入院歴はありますか？ YES. NO			
病院名、 病名など具体的にご記入ください。（どこで、何を どの位期間）			
現在、何か服用されているお薬はありますか？ YES. NO			
薬品名（サプリメントも含め）			

該当する項目に○をつけて下さい。

AT	頭痛・めまい・吐き気	T2	心筋・液下痛み
AX	眼耳鼻の疾患・耳鳴り	T3	胸の苦しさ・痛み
C3	顔面神経・歯	T4	肺・気管支
C4	咳・	T5	胆のう・
C5	甲状腺・扁桃腺	T6	肝臓・膵臓
C6	頸部痛み・こり	T7	胃・十二指腸
C7	肩・上背部痛み・しびれ	T8	貧血・胸焼け
C8	腕の痛みや力入らない	T9	脱力感・アトピー
T1	指先の痺れ・喘息	T10	腎臓・腰鈍痛
T11	尿の異常・浮腫	血压	/
T12	消化不良・ホルモン不安定	煙草	本/日
L1	便秘・	睡眠時間	時間
L2	生理障害・不妊	眠り	良い 悪い
L3	膝・脚の痛み	交通事故	YES/NO
L4	坐骨神経痛・	ムチ打ち	YES/NO
L5	下肢・足指の痛み	スポーツ歴（何を何年）	
SA	関節の痛み・		
CO	自律神経失調症		

記載のご協力有難うございます。