コリー骨格健治施療院 ☑ チェックシート

フリガナ
お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢 ＿＿＿＿ 性別 □ 男 □ 女

生年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 職業 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

郵便番号
ご住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ご自宅の電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

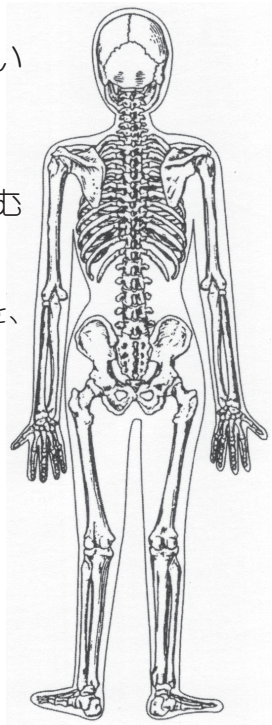
症状

- □ 肩こり □ 腰痛 □ 椎間板ヘルニア
- □ 膝痛 □ 胃腸疾患 □ 背部痛
- □ 側湾 □ 冷え性 □ 便秘
- □ 生理痛 □ 耳なり □ 頭痛
- □ 頸部痛 □ 不眠症 □ ムチウチ症
- □ リューマチ
- □ 高血圧 最高 ＿＿ 最低 ＿＿
- □ 低血圧 最高 ＿＿ 最低 ＿＿
- □ 糖尿病 ＿＿ □ その他 ＿＿＿＿

痛みチェック

- ◎ とても痛い
- ○ 痛い
- △ たまに痛む

右の後ろ姿に図に、
痛みを感じるところを、
記入してください



病歴

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご来院のきっかけ

□ 広告 ＿＿＿ □ ご紹介 ＿＿＿ □ ホームページ □ その他 ＿＿＿

他に何かありましたら、ご自由にお書きください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

20140915