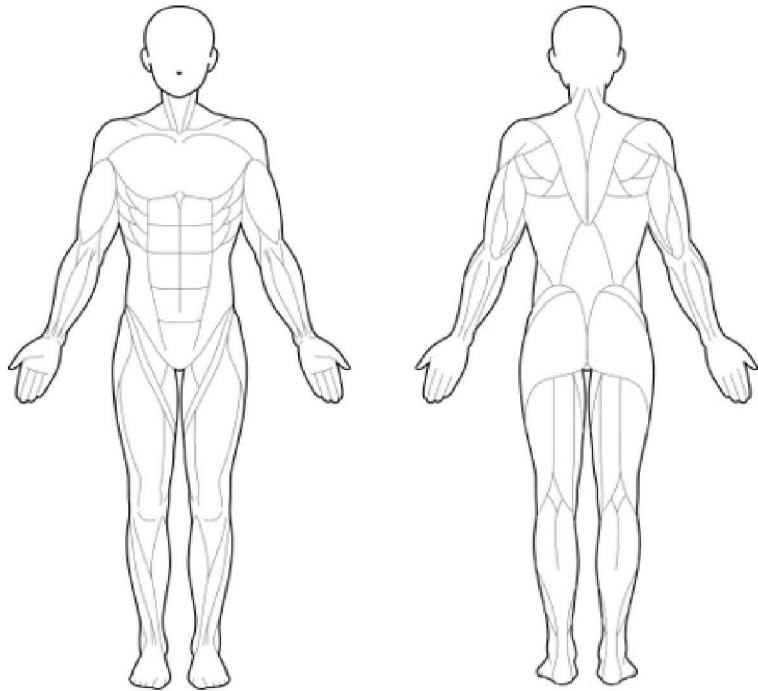


(ふりがな) 生年月日 年 月 日 [歳]
お名前 [男・女] 連絡先電話番号
ご住所

さしつかえない範囲でご記入ください（施術の参考にさせていただきます）

同居家族〔配偶者・子供・父・母・兄弟姉妹・ペット〕
喫煙〔あり・なし・やめた〕 飲酒〔毎日・時々・なし〕
妊娠中〔はい・いいえ〕 出産経験〔あり・なし〕
来店のきっかけ〔EPARK・おりっぷ・ホームページ・ちらし・紹介〕
紹介者〔 〕

お体の特に気になるところを○で囲み症状を自由にお書きください



今までに足もみや整体を受けて気になったことがあればお書きください

受けた施術〔足もみ・整体・両方・どちらもない〕
気になったこと〔 〕

お困りお悩みの症状がありましたら○で囲んでください。

首から上の症状

慢性的な頭痛・肩こり・目の疲れ・
老眼・白内障()・緑内障()・
鼻炎・ちくのう症・耳鳴り()・
顎関節症・頸椎ヘルニア・むち打ち

消化器（胃腸・肝臓・胆のう・すい臓等）

食欲不振・胃の痛み・逆流性食道炎・
便秘・下痢・脂肪肝・胆石・糖尿病・
痔〔いぼ痔・きれ痔・痔ろう〕・
ポリープ()

背中・腰・足にかけての症状

背中中の痛み・腰の痛み・ぎっくり腰・
坐骨神経痛()・脊椎管狭窄症・
腰椎ヘルニア・膝の痛み()・
股関節の痛み()・外反母趾()・
モートン()・魚の目()・
水虫()・静脈瘤()

循環器（心臓・脾臓等）

高血圧・低血圧・不整脈・貧血・
心臓肥大・動脈瘤()・
その他の心疾患()

免疫・アレルギーの症状

アトピー・帯状疱疹()・
肌の荒れ()・喘息・花粉症・
甲状腺障害〔亢進症・低下症〕・
リウマチ()・関節痛・
アレルギー〔金属・食品()〕・
その他()

泌尿器（腎臓・膀胱等）

むくみ・頻尿〔昼・夜〕・膀胱炎・
尿路結石・前立腺肥大・透析

女性特有の症状

生理痛・生理不順・不正出血・
更年期障害・子宮筋腫・卵巣嚢腫・
不妊〔通院中・通院なし〕・
妊娠中の場合〔つわり・他()〕

その他上にない症状がありましたら○で囲んでください。

不眠・冷え・めまい・不安・いらいら・意欲がない・気分の落ちこみ・うつ・
パニック症候群・自律神経失調症・発達障害・物忘れ・痛風

手術・事故・骨折・大きな病気・検査数値の異常・投薬についてさしつかえない範囲で

手術〔あり・なし〕 事故〔あり・なし〕 骨折〔あり・なし〕
病歴〔脳梗塞・心疾患・がん・その他難病指定の病気〕
血圧〔 / 〕 HbA1c〔 〕 CRE〔 〕
服用中のお薬〔 〕

療術師記入欄〔足もみ・整体・学生・小学生・出張・継続〕