

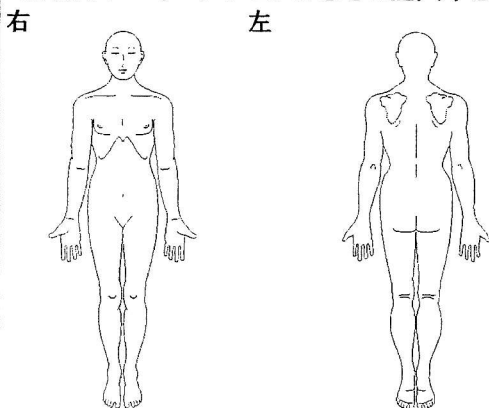
自賠		労災		自費	
組	協	共	国	高	後
親	子	乳	障	退	
					本・家
					割

カルテNO.

受診日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	職業	会社員	自営	パート
氏名	(歳)		大・昭・平		学生	その他()	
住所	〒			内容	事務職	立ち仕事	
			年 月 日	電話	その他()		

1. 痛みに×、コリ・シビレに○をご記入下さい。



2. どのような症状でいつ頃からありますか？

3. 過去の大きな病気、ケガ、入院、手術経験。
治療中、検査中の症状があればご記入下さい。

4. 日頃の運動または趣味についてお答え下さい。

内容: []

回数: 週()回 月()回

5. 身長: cm

6. 苦手と思われる治療に○を付けてください。

はり 電気 テーピング 整体 マッサージ

7. 当院を何で知りましたか？

看板 電話帳 HP 携帯 他()

御紹介 (紹介者 様 知人・家族)

症

説

TP :

AC :

手技 : 僧・肩甲・上背・下背・臀・下肢

リリース: L 内縁 8 背・腰・中臀 4 臀・腸脛・前脛

C_{TP} Oc SP (Y・B)

AJ : Tom (D) L T マキ C

S. L. H. K TMJ

ベッド (仰・側) / マクラ (U・角)

ガウン (上・下) 腹圧

AC EL リリース AJ VT :(全・上・下)

テープ : KT ()