

鍼灸 カルテ No \_\_\_\_\_

初診日 / DATE:     /     /

NAME: (姓) Surname     (名) First name

D.O.B (生年月日)

氏名 \_\_\_\_\_ M  
\_\_\_\_\_ F

\_\_\_\_\_日/\_\_\_\_月/\_\_\_\_年 Year(Age)

ご職業 / Occupation: \_\_\_\_\_

住所 / Address: \_\_\_\_\_

POSTAL CODE: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

最寄り駅 (Nearest station) \_\_\_\_\_

TEL: 自宅 / Home: \_\_\_\_\_

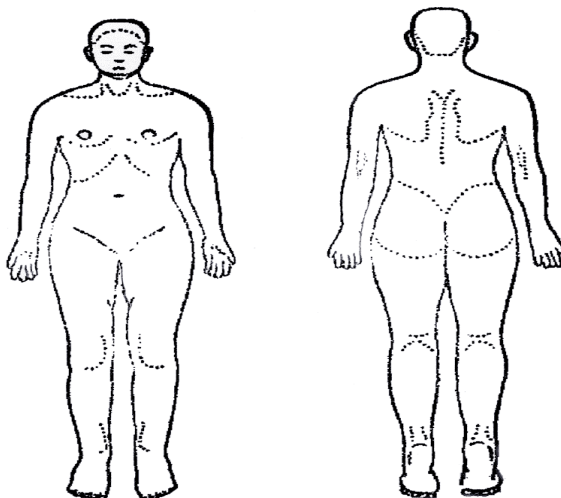
携帯 / Mobile: \_\_\_\_\_

\*紹介者 (How did you hear about us?) \_\_\_\_\_

Text message 使用 able 可 / unable 不可能 \_\_\_\_\_

(希望の治療) What kind of treatment would you like \_\_\_\_\_

痛み、凝り、疲れなど不快を感じるところを記入ください。 / Please check your uncomfortable place (pain, stiffness, pinch & needle etc.)



現病 主訴 / What is/are your main complaint(s)?: 一番つらい所はどこですか? \_\_\_\_\_

家族歴 / FAMILY MEDICAL HISTORY(s): 父親、母親の持病・死因等 \_\_\_\_\_

病歴 / PAST MEDICAL HISTORY(s): 以前大きな病気にかかりましたか? \_\_\_\_\_

Have you been diagnosed by GP's or other medical professions?: 何病院で何病といわれましたか? \_\_\_\_\_

Please write down the name and details of the treatment, if you had any treatment: 今までの治療は? \_\_\_\_\_

睡眠障害 (浅い、夢見多い、早朝覚醒) イビキ 起床時倦怠感 頭痛 眼精疲労 胃部不快感 腹痛 下痢 便秘 頻尿 息切れ  
動悸 生理 (出血、PMS、周期 日 / 不順) 耳鳴り 難聴 汗かき 疲れ むくみ 風邪 冷え性のぼせ症 アレルギー (花粉  
症 \_\_\_\_\_) 急な (肥満 / 痩せ) 肩こり 腰痛 痺れ起床時腰痛 寝る姿勢 ( \_\_\_\_ 向き、万歳姿勢) 血圧 \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
労働時間 \_\_\_\_\_ PC時間 \_\_\_\_\_ hour / day タバコ \_\_\_\_ 本 Alcohol (ビール / ワイン / その他) 歩行 \_\_\_\_ 分 / day ジョギング 週 \_\_\_\_ 回  
\_\_\_\_ 分 Height 身長 \_\_\_\_\_ cm Weight 体重 \_\_\_\_\_ kg Stress Level \_\_\_\_ 分 スポーツ / sport 週 \_\_\_\_ 回 (以前よくした運動 \_\_\_\_\_)

その他。伝えておきたい情報がありましたら裏面をご使用ください。