

住所 〒 -	主訴【腰痛／リウマチ／肩関節周囲炎（五十肩）／頸肩腕症候群／神経痛／変形性膝関節痛／ 頸椎捻挫後遺症（むち打ち）】（※「頸肩腕症候群」の場合、単なる「肩凝り」は除く） ※上記以外や保険適用外疾患の場合は下記に御記入下さい： 【
氏名（フリガナ）	既往歴及びオペ（手術）歴【有／無】 ※アレルギー疾患は別途記載 →「有」の場合は御記入下さい： 【
生年月日 【大正／昭和／平成／西暦】 年／ 月／ 日	喫煙【する／しない】（※「する」の場合→ 本／日） 飲酒【する／しない／少し】（※「する」の場合→種類： /量： ） アレルギー疾患【有／無】（花粉症／金属／食物／薬品／アトピー性皮膚炎／その他） 【その他疾患名： 】（時期： 頃・年前）
職業【会社員／役員／自営／主婦／専門職／ 公務員／学生／他（ ）】 （学生の場合：小／中／高／大／大学院生／ 専門学生 年）	*最高血圧【 mmHg】／最低血圧【 mmHg】／脈拍【 BPM】 症状発生時期【 】 体温【 度】 症状発生場所【 】 症状発生時にしていた動作【 】
電話番号 TEL： - - FAX： - - 携帯： - -	希望施術手段【鍼／灸／鍼灸併用／電気てい鍼／温経／美容電気てい鍼／体幹ケア／その他】 ※「その他」の場合→【 】 健康保険適用の有無【A：健康保険適用内のみ／B：健康保険適用外のみ／ C：健康保険適用内と適用外の併用】 ※鍼施術の場合：鍼の保管【する／しない】
紹介者【有／無】 （※「有」の場合は御記入下さい）	備考

* 血圧及び脈拍は血圧計にて測定します。