

リラクゼーションルーム ファシア カウンセリングシート

来店日 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 男・女 生年月日(西暦) 年 月 日(満 才)

ご住所

〒

自宅電話

携帯電話 職業 身長 体重

★ご案内等のお便りをさせていただいても宜しいでしょうか? はい いいえ

★当店を何でお知りになりましたか?

ご紹介(様) 通りがかり 地下鉄看板 web ()

さいとう整形外科リウマチ科 福利厚生クラブ ポケットティッシュ その他 ()

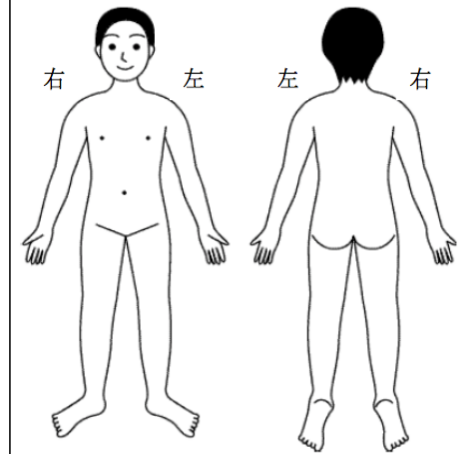
いつからどのようなコリや疲れがありますか?

年 月 日から

(日・週間・ヵ月・年)前から

内容

↓ 具合の悪い部位に○をつけて下さい。



お仕事の内容について教えてください。

どのような姿勢が多いですか?

()

どのような動作が多いですか?

()

1 日の中でパソコンを使っている時間は? 時間

1 日の中でスマートフォンを使っている時間は? 時間

趣味・されているスポーツはありますか? ()

幼少期より今までのケガと部位について記載してください。 ()

今までにかかった病気を○で囲んでください。

ない あり 糖尿病・高血圧・高脂血症・胃/十二指腸潰瘍・リウマチ・痛風・がん・喘息
脳疾患・肝臓病・心臓病・腎臓病・うつ病・統合失調症・その他 ()

血液をサラサラにしたり、固まりにくくするようなお薬は内服していますか?

ない あり お薬の名前()

軟膏やクリームでアレルギーや皮膚炎を起こしたことはありますか?

ない あり 軟膏やクリームの名称()

過去に怪我や病気で手術を受けたことがあればお答えください。体内に金属は入っていますか?

ない あり 手術名(: 年) (: 年)

たばこは吸われますか? 吸わない 吸う (才から 1 日 本 年間)

女性の方へ：妊娠している可能性はありますか? はい いいえ

女性の方へ：現在生理中ですか? はい 生理直前・生理中(日目) いいえ