Sokra-Technos,Inc

初回　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女
お名前		生年月日	年　月　日(満　　才)
ふりがな			
ご住所	〒		
電話番号		ご職業　　勤務地（通勤方法・所要時間）	
携帯電話			
E-mail			

身長：　　cm	体重：　　kg（ー　±　＋）　血液型：A・0・B・AB型　血圧：　／　（HT　LT　処方）
喫煙	有／無　禁煙歴　年　喫煙歴：　年　銘柄（　　タール　mg）本数　／day
利き手	右・左　視力　よい・普通・悪い　□コンタクト(HC　SC)　□眼鏡　□乱視　使用歴　年
家族構成	一人暮らし／親（父·母）と同居／配偶者と同居／二世帯 (舅／姑)と同居／子供　人　犬／猫
既往歴	
家系の病歴	
睡眠時間	起床　時頃 ～ 就寝　時頃　状態（良好　問題）夜間覚醒：有／無　寝付き（良好　問題）
食習慣	朝___時(________)〜昼___時(________)〜夜___時(________) 間食：有／時々／無　______時頃　塩分　油分 飲酒：有／時々／無　飲酒量：　/w
使用中の薬	処方薬： 市販薬： 健康食品：
本日の愁訴 身体面：	□糖尿病□喘息□てんかん□静脈瘤□血栓症□外傷／骨折□関節炎□神経痛 運動：定期的／時々／無　________スポーツ歴________ 月経：順調　不順　周期(　日)　生理痛：有／無(　日目)随伴症状________　冷え／NP／ほてり 消化器系の状態：便通(　日に１回)　一日の尿の回数(　回) 皮膚の状態：アトピー有／無　乾燥／普通／脂性／敏感 アレルギー：有／無　アレルギー歴　年（アレルゲン________）
心理面：	ストレスレベル：高／中／低　主な原因：
その他の治療歴	□鍼灸　□整体　□カイロプラクティク □マッサージ　□エステ　□その他

“Copyright© 2010 Sokra-Technos, Inc.”