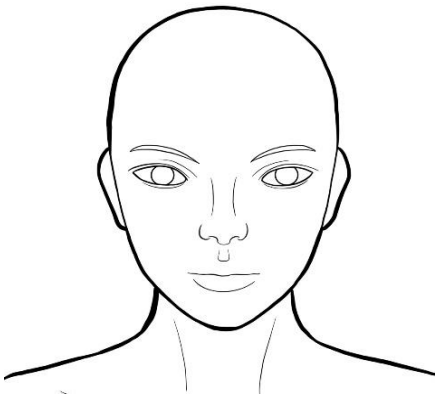
太枠内を全てご記入ください。

ふりがな 氏名 男・女	大正・昭和・平成・令和 年　月　日生 西暦　年　(　歳)
住所　〒(　-　)	電話番号(　)　- 携帯電話　-　-
	職業
趣味	運動習慣
	身長　cm 体重　kg

*個人情報は個人情報保護法に基づき、適切に管理致します。施術目的以外には使用されません。

症状について、できるだけ詳しくお書きください。

本日、お顔のお困り事はなんでしょうか？3つまで教えてください。
どのあたりが気になるか、図に気になる所を記入してください。



お顔以外のお困りごとがありましたら、教えてください。(不眠、不安、自律神経系のお悩みなど)

これまでにかかったことのある、病気や症状、事故などのケガ、現在罹患中の病気はありますか？
(高血圧・五十肩・糖尿病、アレルギーなど)

該当するものに〇を付け、空欄をご記入ください。

睡眠(　:　～　:　)　____時間睡眠/寝つき(良い、普通、悪い)/寝起き(良い、普通、悪い)
食事(1日____食)・(旺盛・普通・不振・食事制限)　喫煙(1日____本)
1日の水分摂取量　何を(　)、どのくらい(　)
大便(____日____回)・(軟便・下痢・普通・便秘・コロコロ・スッキリ出ない・血便)　下剤(有・無)

コリ(首・肩・背中・腰・その他　)	服用中の薬・サプリメント
痛み(首・肩・背中・腰・その他　)	
冷え(首・肩・背中・腰・その他　)	

*術者記入欄