

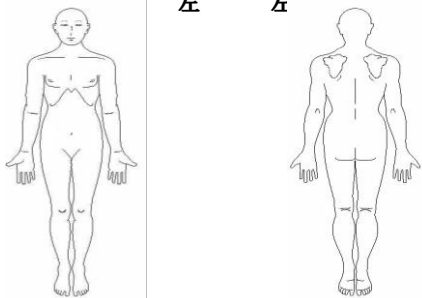
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	自賠	労災	自費
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	組協共	国高後	本・家
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	親子乳	障退	割

受診日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	仕事	事務職 立ち仕事 力仕事 運転 学生 主婦 無職 その他()
氏名	(歳)	女	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒 -			電話	自宅: 携帯:

1. 痛みに×、コリ・シビレに○をご記入下さい。

右 左 左 右



2. どのような症状で、いつ頃からありますか？

3. 希望する治療スタイルに○して下さい(複数回答可)

- a. 早期に痛みが改善するよう、効果的な治療を追加希望
- b. 原因からの根本治療を希望したい
- c. 治療期間が長くなっても、1回あたりの治療費を抑えたい

4. 過去の大きな病気、ケガ、入院、手術経験。
治療中、検査中の症状があればご記入下さい。

例) 糖尿病、悪性腫瘍の既往・通院、ワーファリン服用など

5. 日常の運動について○、数字でお答え下さい。

内容: ジム 水泳 ランニング ウォーキング
その他()

回数: 週()回 月()回

6. 身長: cm 体重: kg

7. 苦手と思われる治療に○を付けてください。
はり 電気 テーピング 整体 マッサージ

8. 当院を何で知りましたか？

看板 電話帳 HP(PC・スマホ)

紹介 口コミ その他()

(紹介者名 様 知人・家族)

症 初診時

説

ドーズ: 弱 1 2 3 4 5 強

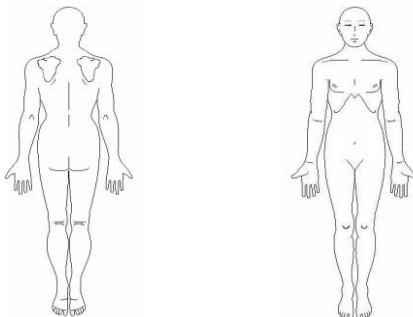
AC: (本) 部位

HV: 部位

ライス: 部位

COMBINATION		TIMER	LEVEL
治療モード HV・MCR・US	周波数 MHz 1・3	3	10
PROGRAM 1 2 3 4	PROBE L・S	5	9 L
ELECTRODE	フリスモット力	8	8
出力	DUTY %	10	7 S
~	出力	MIN	6 5 4 3
0:00	1.0 1.5 2.0 W/cm ²	OUTPUT	3

肢位 伏 / 側 / 座 / 仰
エリア 右 / 左 () ※詳細は下図へ



手技: 拳 多裂

リ-ス: 腕4 脚4 エイト 仰 ES ストマ Po 黄・青

MM: 部位

AJ: T マキ C(上・下) L ブロック()

Tom: D±() T S H I

ベッド() / マクラ() / ガウン(上・下) / VT()

テープ: KT Liga () 担当: