

日

ふりがな	性別	生年月日
氏名	男・女	○大正○昭和○平成 年 月 日 誕生
住所 〒	電話番号 メールアドレス	

☆どのような症状及び後遺症が現れていますか？ レ点でチェックしてください。

原因： 脳梗塞 脳血栓 脳塞栓 脳出血 仮性球麻痺

脳ヘルニア アテローム虚血

その他 ()

初期症状： 意識障害 口眼歪斜 言語障害

半身不随 (どのような)

発熱 めまい 嚥下困難 失明 聴覚障害 動機 胸痛 咳嗽

呼吸促迫 吐血 下血 便秘 褥瘡 手足のしびれ 顔面部のしびれ

筋肉の過剰緊張 高次脳機能障害 (どのような)

その他 ()

☆いつごろ発症しましたか？

(年 月 日頃)

☆過去に同じ症状が出た事がありますか？

初めて 回目

☆現在の症状で治療を受けていますか？

はい いいえ

はいの方→どのような治療を受けていますか？

()

☆既往歴、持病はありますか？

脳血管障害 心疾患 腎疾患 肝疾患 肺疾患 リウマチ 神経痛

五十肩 腰痛症 頸腕症候群 頸椎捻挫後遺症 その他

具体的にわかりますか？ ()

ない

☆身体のことでは伝えたいことがありますか？ 例えば ペースメーカー、金属が入っているなど

()

☆鍼灸治療は以前受けられた事がありますか？

よく受けていた 経験はある まったくの初めて

☆女性の方に伺います。現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？

はい → 何ヶ月目ですか (ヶ月、 週目)

いいえ

☆最後にこの治療院 寛ぎを何でお知りになりましたか？

知人の紹介 近所だから 通りがかりに発見 インターネット その他

ご協力ありがとうございました。

鍼灸治療院 寛ぎ