



**bones+and+beyond**  
Total Health Systems by Dr.KIEU

## 初めての方へ

ようこそ bones and beyond へ !!

\*必須記入です。 \* 日付 \_\_\_\_\_

\*お名前 \_\_\_\_\_ \*生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ 才

\*住所 〒 \_\_\_\_\_ 建物名もありましたらお願いします \_\_\_\_\_

\*携帯電話 \_\_\_\_\_ \*自宅電話番号 \_\_\_\_\_

\*緊急時連絡先(関係) \_\_\_\_\_

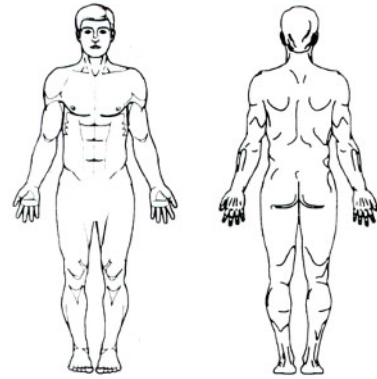
職種 \_\_\_\_\_

どのような経緯で私たちを知って頂きましたか? \_\_\_\_\_

### 症状や抱えている問題を教えてください:

首の痛み      頭痛      背中の痛み  
腰痛      腕の痛み      肩の痛み      脚の痛み

他 \_\_\_\_\_



痛みの度合い: 良い ← 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → 悪い

(痛  
箇所)に印を  
つけてください) みの  
付け

いつからですか?: \_\_\_\_\_ 徐々に      突然      悪化している      いつも

ケガをしたなど、詳しく教えてください \_\_\_\_\_

どうすると和らぎますか? \_\_\_\_\_ または悪くなりますか? \_\_\_\_\_

以前にも同じような経験をしましたか? \_\_\_\_\_

何か他に治療を受けていますか? \_\_\_\_\_

カイロプラクティックは受けたことがありますか? \_\_\_\_\_

### 以下の症状はありますか?

- |                               |                                   |                                   |                                |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛   | <input type="checkbox"/> イライラ     | <input type="checkbox"/> 胸の痛み     | <input type="checkbox"/> 憂鬱    |
| <input type="checkbox"/> めまい  | <input type="checkbox"/> 忘れっぽい    | <input type="checkbox"/> 耳鳴り      | <input type="checkbox"/> 消化不良  |
| <input type="checkbox"/> まぶしい | <input type="checkbox"/> ストレス、心配事 | <input type="checkbox"/> 手足のしびれ   | <input type="checkbox"/> 手足の冷え |
| <input type="checkbox"/> 息切れ  | <input type="checkbox"/> 眠れない     | <input type="checkbox"/> 嗅覚や味覚の減退 |                                |

署名 \_\_\_\_\_