

ふりがな -----	【生年月日】 昭・平・令・西元 年 月 日
【氏名】 _____	_____
【電話番号】 _____	【緊急連絡先】 _____
_____	【性別】 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
【住所】 〒 _____	_____

●本日はどのような症状で受診されましたか。 症状： ●その症状はいつからですか。	
●以前、森下組織療法を受けたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
●現在、治療を受けている病気はありますか。 病名： <input type="checkbox"/> 1. 心臓や血管の病気 <input type="checkbox"/> 2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 3. 肝臓病 <input type="checkbox"/> 4. 腎臓病 <input type="checkbox"/> 5. 高血圧 <input type="checkbox"/> 6. 喘息 7. <input type="checkbox"/> その他( ) 治療内容(薬・手術など) ( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
●血をサラサラにする薬を飲んでいませんか。(止血の為) 薬名( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
●薬や食品などで、重いアレルギー症状を起こしたことがありますか。 薬や食品など原因になったものは <input type="checkbox"/> 1. 麻酔薬 <input type="checkbox"/> 2. 鎮痛薬 <input type="checkbox"/> 3. 抗生物質 <input type="checkbox"/> 4. 風邪薬 <input type="checkbox"/> 5. 胃腸薬 <input type="checkbox"/> 6. 軟膏 7. <input type="checkbox"/> その他( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
●2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 日時( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
●女性の方のみお答えください。 現在、妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
●森下組織療法について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
_____	_____