

(ふりがな)		生年月日	T S H	年	月	日
お名前						
住所	(〒 )					
電話番号	自宅	携帯				
E-mail (PC)		E-mail (携帯)				
緊急時の連絡先	あなたとの関係性: (姉妹) 連絡先:					
職業	( )					
お仕事の傾向	<input type="checkbox"/> デスクワーク	<input type="checkbox"/> 外歩きが多い	<input type="checkbox"/> 肉体労働	<input type="checkbox"/> 家事		
	<input type="checkbox"/> パソコン操作	<input type="checkbox"/> 立ち詰め	<input type="checkbox"/> 接客・渉外	<input type="checkbox"/> その他		
通い方	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 車	<input type="checkbox"/> 電車		
	合計何分かかりますか ( 分)					
ご来店のかきつけ	<input type="checkbox"/> ご紹介 ( 様) <input type="checkbox"/> クリニックを利用している ( 診察待ち時間・内視鏡検査 ) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ ( 院内・店内 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> パンフレットを見て ( どちらでご覧になりましたか: ) <input type="checkbox"/> 看板 ( どちらの看板をご覧になりましたか: )					
DM(お知らせ等)	希望する ・ 希望しない					

お客様に安全で・効果的なケアを提供させていただき、以下の設問にお答え下さい。

ご来店目的	<input type="checkbox"/> ムクミを何とかして欲しい <input type="checkbox"/> ムクミのサイズダウン <input type="checkbox"/> 治して欲しい <input type="checkbox"/> 洋服をスムーズに着たい <input type="checkbox"/> だるさを取りたい <input type="checkbox"/> ムクミによる痛みを緩和したい <input type="checkbox"/> リラクゼーション <input type="checkbox"/> 予防方法を知りたい <input type="checkbox"/> その他 ( )
ご病気について	<input type="checkbox"/> 現在通院中の病院( ) <input type="checkbox"/> 通院中の病名( ) [持病] <input type="checkbox"/> 胃腸系 <input type="checkbox"/> 呼吸器系 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 婦人科系 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 月経困難 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> ストレス過多 : ストレスの要因( )
体質	<input type="checkbox"/> 冷え <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 汗かき <input type="checkbox"/> のぼせ <input type="checkbox"/> その他( )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり アレルギーの種類( )
常用薬	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 便秘薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン剤 <input type="checkbox"/> 抗アレルギー剤 <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 経口避妊薬 <input type="checkbox"/> ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> 非ステロイド軟膏 <input type="checkbox"/> その他( ) どのくらい前から服用されていますか( )
生活状況	睡眠時間 平均( 時間) / 睡眠の質( 熟睡・浅い ) 就寝時間( : 頃)
運動	週 ( ) 回 又は 週 ( ) 時間
趣味	週 ( ) 回 又は 週 ( ) 時間
癖	例) 右脚下に組む 肘まくら etc ( ) 座っている時間が多いですか? 1日 _____ 時間くらい 立っている時間が多いですか? 1日 _____ 時間くらい
サプリメント	<input type="checkbox"/> 栄養補助サプリ <input type="checkbox"/> 機能性サプリ <input type="checkbox"/> その他

裏面もご記入下さい

身長・体重	身長: _____ cm 、 体重: _____ kg
体のどの部分にムクミを感じますか。○で囲んで下さい	
いつ頃から症状が出ましたか	術後おおよそ 年 カ月くらい
ムクミを初めに気づいたきっかけはどんな時ですか	例:ある日手術した方の血管が見え難くなってきた
手術や治療をされた病院でリンパ浮腫に対して何かアドバイスがありましたか	<input type="checkbox"/> はい(医師・看護師・その他) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方 具体的に教えてください
ムクミの方の部分に赤みや熱感が出た事がありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方 ①これまでの回数 回 ②そうなった場合のお対処法
ご家族についてお聞かせ下さい	<input type="checkbox"/> 人暮らし 家族構成(例:夫・息子) :
ご家族等でムクミケアのお手伝いをしてくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ (どなたですか : )
ペットを何かかっていますか	<input type="checkbox"/> はい ( ) ・ <input type="checkbox"/> いいえ
現在ムクミに対して何かケアや気をつけている事はありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方 具体的に教えてください(例:マッサージ) ( )
今の状態のムクミからどの様になる事を望んでいますか	例:元の細さまで細くなりたい
他の施設でリンパ浮腫のケアをされた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい (病院・治療院) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方 具体的に教えてください(例:マッサージ・バンテージ)
その他お伝えしておきたい事	

ご記入頂いた個人情報は、当店のトリートメント、及びサービスについての情報をお知らせする為に活用させていただきます。

ご協力ありがとうございました