Falluca カウンセリング表

ふりがな		
＊お名前		
＊住　所	〒	
＊ＴＥＬ	自宅（　　）　　－	携帯（　　）　　－
ご職業	※職種を教えていただけると施術の参考になります（例：主婦、事務職、介護職、レストランの調理パートなど）	
ご年齢	□10～19歳　□20～24歳　□25～29歳　□30～34歳　□35～39歳　□40～44歳 □45～49歳　□50～54歳　□55～59歳　□60～64歳　□65～69歳　□70～74歳 □75～79歳　□80～84歳　□85～89歳　□90～94歳　□95～100歳	
Ｅメール	＠	

＊印は必ずご記入ください

お悩み部分に○をつけて下さい

お悩みの症状を教えて下さい

□ 肩こり　□ 手足のしびれ　□ 膝の痛み
□ 腰痛　□ 身体がだるい　□ 足のむくみ
□ 背中のハリ　□ 頭痛　□ 冷え症
□ その他（　　）

以下の診断を受けた事がありますか？

□ 椎間板ヘルニア　（頸椎　　番・腰椎　　番）
□ 変形性頸椎症　（頸椎　　番）
□ 脊椎圧迫骨折　（頸椎　　番・腰椎　　番）
□ 脊椎分離症・すべり症　（頸椎　　番・腰椎　　番）
□ 腰部脊柱管狭窄症　（腰椎　　番）
□ ぎっくり腰　（腰椎　　番）

事故などで負傷したことはありますか？

□ 骨折（部位　　）
□ ヒビ（部位　　）
□ むち打ち

いつごろですか？（　　年前）

妊娠の可能性はありますか？ □ はい　□ いいえ

アンケート 当サロンを何で知りましたか？

□ 広告　□ ホームページ　□ 検索サイト　□ Facebook　□ ご紹介（紹介者様：　　）

キャンペーンなどのお知らせ(DM)を送ってもよろしいですか？　□はい　□いいえ

＊ご記入ありがとうございました＊