

# FAX 診断依頼

●主な症状はなんですか？また、いつごろですか？

①症状 年 月頃から

②症状 年 月頃から

③症状 年 月頃から

●最近、しばしば起こる症状に○をつけて下さい。

<< 頭 部 >>

1. 頭 痛
2. めまい
3. 目の異常 ( )
4. 鼻の異常 ( )
5. 睡 眠 ( )
6. たちくらみ

<< 首部・肩部・上肢 >>

1. 首、肩が痛い
2. こる、重い
3. 首が回りづらい
4. 喉の異常 ( )
5. 手の異常 ( )
6. その他 ( )

<< 胸 部 >>

1. 胸が苦しい
2. 痛い
3. 動悸、息切れがする
4. 呼吸がしづらい
5. その他 ( )

<< 背 部 >>

1. 背中が痛い
2. こる
3. はる
4. さむい
5. その他 ( )

<< 腹 部 >>

1. 腹が張る、便秘する、下痢する
2. 食欲がない
3. おしっこ ( )
4. 生理の異常 ( )
5. その他 ( )

<< 腰・下肢部 >>

1. 腰(痛い)(だるい)(重い)(冷える)
2. よくギックリ腰を起こす
3. ひざ ( )
4. 足(だるい)(痛い)(しびれる)
5. その他 ( )

●その他、何かございましたら、ご自由にお書きください。

.....  
.....  
.....  
.....

●お客様情報 ※印事項は必須です。ない場合は返答致しかねますのでご注意ください。

お名前※ メールアドレス

電話番号※ FAX 番号※

診断結果希望連絡方法※  電話 時頃  FAX  電子メール 一つチェックしてください。

ご質問等

**FAXNO. 052-806-2125 たかす健康院**