年　月　日

初回チェックシート

HSTI骨格調整所　K-Family

ふりがな		性別	男・女	血液型	
氏　名	様				
生年月日	昭和・平成・西暦　　年　月　日生　(年齢:　　才)				
住　所	〒　　-				
連絡先	自宅　: 携帯　: E-mail　:				

【当院を何で知りましたか？】

☐ HP　☐ 雑誌・広告　☐ ご紹介:　　様より

☐ エキテン　☐ その他:

≪以下の項目は、今出ている症状の原因を探す大きなヒントとなります。なるべく細かく書いてください≫

職業歴	<現在>　　<過去>
スポ゜-ツ歴	<現在>　　<過去>
趣味	<現在>　　<過去>
利き手	☐ 右手　☐ 左手　☐ 両手
寝る時の態勢	☐ 仰向け　☐ うつ伏せ　☐ 右下　☐ 左下
産まれた時の状況	☐ 正常分娩　☐ 早産　☐ 前期破水　☐ 逆子　☐ 帝王切開　☐ 鉗子分娩 ☐ 吸引分娩　☐ よくわからない

【けが・打撲歴 と 病歴・手術歴】・・・出来る限り詳細に記載して下さい。

※ボルトなど、もともと身体の中になかった物が体内に入っていますか？　(☐はい　☐いいえ)

【痛みの場所と症状】・・・(頭、首、肩、腰等の痛み等を記入して下さい。)

場所:☐ 頭痛　☐ 首痛・肩こり　☐ 腰痛　☐ 膝痛　☐ 四肢関節痛　☐ その他(　　)

症状:

【ご希望の施術コースを選択して下さい。】

☐ 全身　☐ 肩こり　☐ 腰痛　☐ 頭痛(小顔)　☐ 四十肩　☐ 子供の整体　☐ バレエ整体

☐ お試し　☐ その他のコース(　　コース)　☐ 先生におまかせ！！

【お客様の要望】　どのような施術をご希望ですか？

☐ 全身の改善をしたい　☐ ある程度まで改善したい　☐ 部分的な痛みを一時的に改善したい

☐ 姿勢を良くしたい　☐ その他(　　)

◎ご記入いただきました個人情報に関して、

・ご記入をいただきましたお客様の個人情報は、施術の向上のためにのみ利用します。

・これらの個人情報は適正な保護・管理に徹底し、ご本人による同意なしに第三者への提供はいたしません。