

Health and Well Being History Form

お名前:	ご紹介者:
ご住所:	
電話番号:	携帯電話番号:
Email:	Date:

PART 1.

気になる症状があれば、ご記入ください。また、その症状を感じ始めたのはいつ頃ですか？

過去の病歴（怪我、事故、手術、など）日付も分かる範囲でご記入ください

現在飲んでいる薬（ドラッグストアで購入する市販薬も含む）があれば、ご記入ください

サプリメントなど、特にお飲みになっているものがあれば、ご記入ください

日常生活に支障をきたす症状や痛みが、現在、ありますか？あれば、具体的にご記入ください

現在かかっているヘルスケア関連（医者、セラピーなど）があれば、ご記入ください

ここ一年の間になさった検査があれば、ご記入ください

その他
