



フリガナ お名前		生年月日	西暦	年	月	日生	体温 ℃
住 所	〒	—	電 話				
			E-mail				
職 業	会社員・自営業・学生・主婦・パート・その他（ ）・育休中						年 月復職予定
1.最適なアドバイスを提供していくために、お仕事の具体的な内容をお書きください。							
2.どのようにしてハート整体院を知りましたか？ <input type="checkbox"/> 紹介（ ）様 <input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> ホームページ「 」と検索 <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Yahoo! <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 近く（会社・自宅） <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他 （ ）							
3. 気になるお悩みにはどちらですか？（複数可）※最も気になっているものを○で囲ってください。 <input type="checkbox"/> 身体のゆがみ <input type="checkbox"/> 腰の痛み <input type="checkbox"/> 股関節の痛み <input type="checkbox"/> 尾てい骨の痛み <input type="checkbox"/> 恥骨の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛・首痛 <input type="checkbox"/> 骨盤の開き <input type="checkbox"/> 尿漏れ <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> ズボンがきつい <input type="checkbox"/> 太ももの肉 <input type="checkbox"/> お尻が垂れている <input type="checkbox"/> 下腹ポッコリ <input type="checkbox"/> 猫背 <input type="checkbox"/> O脚 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> お腹に力が入らない <input type="checkbox"/> 体力低下 <input type="checkbox"/> 生理痛（産前/産後） <input type="checkbox"/> 生理不順（産前/産後） <input type="checkbox"/> 冷え性（産前/産後） <input type="checkbox"/> むくみ（産前/産後） <input type="checkbox"/> その他（ ）							
4.その他にお身体のことで気になっていることはありますか？（複数可） <input type="checkbox"/> 服をサイズダウンしたい <input type="checkbox"/> やせたい <input type="checkbox"/> 小顔になりたい <input type="checkbox"/> O脚を改善したい <input type="checkbox"/> 猫背を改善したい <input type="checkbox"/> 育児疲れを取りたい <input type="checkbox"/> 便秘を改善したい <input type="checkbox"/> 産前からの症状を改善したい（慢性肩こり・頭痛・腰痛など） <input type="checkbox"/> むくみをとりたい <input type="checkbox"/> 腹筋をつけたい <input type="checkbox"/> 太りやすい体質を変えたい <input type="checkbox"/> リバウンドしない身体作りをしたい <input type="checkbox"/> 腸内環境を改善したい <input type="checkbox"/> 筋肉をつけて引き締めたい（全身・お尻・太もも・お腹など） <input type="checkbox"/> 肌をきれいになりたい <input type="checkbox"/> その他（ ）							
5.その他に希望・期待されていること、または問診時に聞きたいことをお書きください。							
6.ご来院しやすい曜日・お時間はございますか？ 来院しやすい曜日 [ 月 火 木 金 土 ] 来院しやすい時間帯 [ AM 9-10-11-12 PM 3-4-5-6-7-8 ]							
7.一年以内に妊娠される予定はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
8.出産のご経験があれば教えてください。 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在までの出産回数 回</li> <li>● 最近出産された日付 年 月 日（<input type="checkbox"/>自然分娩 <input type="checkbox"/>帝王切開）              男の子・女の子 お名前</li> <li>● 年 月出産 男の子・女の子 お名前</li> <li>● 年 月出産 男の子・女の子 お名前</li> </ul>							