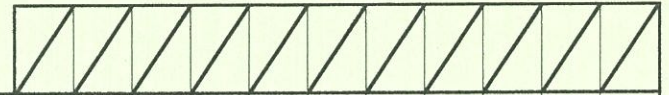


患者番号 _____ 記入年月日 _____

氏 名 _____ 生年月日 _____

下記のような症状がありましたら○印をご記入下さい。



1	頭痛（左側、右側、前頭部、後頭部 頭頂部）	左																			
		右																			
		前																			
		後																			
2	首筋、肩の凝り、痛み。	頭																			
		右																			
3	あごの関節（耳の前のあたり）の痛み。	左																			
		右																			
4	口を開け閉めする時にコリコリ、 カクンという音がする。	左																			
		右																			
5	口を開ける時に開けにくい。口が大 大きく開けられない。																				
6	耳が遠い。聞き取りにくい。耳が詰 まったような気がする。	左																			
		右																			
7	耳鳴り（リンリン、ブンブン、ゴー ゴー、ザー、サー、その他）	左																			
		右																			
8	目まいがよく起きる。																				
9	眼が疲れやすい。	左																			
		右																			
10	まぶしい。	左																			
		右																			
11	物が飲み込みにくい。																				
12	背中が痛い。	左																			
		右																			
13	腕、指先が刺すような痛みがでる。 だるい感じがする。指先が痺れる。	左																			
		右																			
14	腰が痛い。	左																			
		右																			
15	足が疲れやすい。	左																			
		右																			
16	寝ているとき歯を噛みしめている感 じがある。																				
17	歯ぎしりをしていると言われること がある。																				
18	顔がけいれんしたり痛むことがあ る。																				

		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
19	歯を押さえると痛い。何か触れると痛い。チカッとする痛み。													
20	食事をしたり、物を咬むとあごが疲れる。													
21	くちびるの角のところがただれる。													
22	口が乾きやすい。													
23	ろれつがまわらない。発音がしにくい。													
24	鼻がつまった感じがする。													
25	心臓疾患、動悸がある。													
26	湿疹・肌あれ・アレルギー・アトピーがある。													
27	集中できない。													
28	寝付きが悪い。寝起きが悪い。													
29	生理不順である。													
30	高血圧・低血圧である。	高												
		低												
31	他に受診しているところがある。 針灸・整体・カイロを含む。													

その他の症状がありましたらご記入下さい。