

カウンセリングシート

※個人情報の取り扱いについて：利用目的以外での使用は一切いたしません。 年 月 日

ふりがな	生年月日
お名前	(T・S・H) 年 月 日
様	紹介者名
領収書名	様
住所 〒 -	

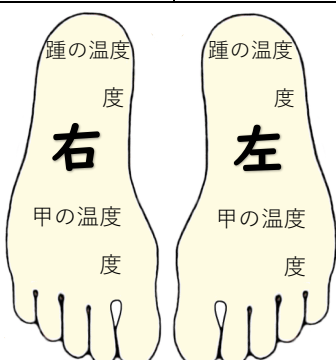
TEL	-	-
-----	---	---

足のお悩み	○脚 ・ ×脚 ・ 外反母趾 ・ 内反小趾 ・ 開張足 ・ 偏平足
	ハンマートゥ ・ タコ ・ ウオノメ ・ 巻爪 (軽度 ・ 中度 ・ 重度)
	指が痛い(第 1 趾・第2趾・第3趾・第4趾・第5趾) ・ その他()

体のお悩み	冷え性 ・ 足のむくみ ・ ひざ痛 ・ 股関節痛 (右 ・ 左)
	腰痛 (右 ・ 左) ・ 肩こり (右 ・ 左) ・ 首こり (右 ・ 左)
	頭痛 (右 ・ 左) ・ 耳 (右 ・ 左) ・ 目 (右 ・ 左) ・ 鼻 (右 ・ 左)

病歴	リウマチ ・ 糖尿病 ・ パーキンソン ・ 膠原病 ・ 脳梗塞 (回)
	手術 (病名) (年前)

右 足	左 足	CSソックスのサイズ	
足長 mm	足長 mm	SS ・ S ・ N ・ M ・ L ・ LL	
幅 mm	幅 mm	靴のサイズ	cm
症 状			

右足	温度		左足	温度
第1趾	度		第1趾	度
第2趾	度		第2趾	度
第3趾	度		第3趾	度
第4趾	度		第4趾	度
第5趾	度		第5趾	度

