

問診表

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒	TEL	— —
職業		紹介者	様

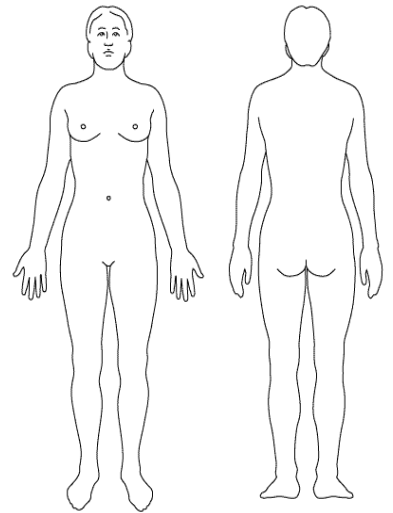
*現在の症状についてお伺いします。

☆ 原因が不明なものは保険外になる場合がありますので解る範囲で必ず記入して下さい。

- 1) どこが痛みますか? 首 肩 腕 肘 手 背中 腰 おしり
股関節 もも 膝 ふくらはぎ 足
その他 ()
- 2) 原因はなんですか? 転んだ ぶつけた ひねった 使い過ぎた 寝違えた
その他 ()
- 3) いつから症状がありますか? () 日前から)
- 4) その症状で現在どこかへ通院中ですか?
はい (整形外科・接骨院・鍼灸院・マッサージ院・整体院) いいえ
(院名)

*治療についてお伺いします

- 1) 右の図で治療を希望される箇所に○をしてください
- 2) 今までにその箇所を治療されたことはありますか?
はい (整形外科・接骨院・鍼灸院・マッサージ院・整体院)
(院名)
いいえ



*今までに、けが・病気をされたことがありますか?

- はい いいえ (けが又は病名:)

*該当するものがあれば○をしてください。

骨粗しょう症・電気過敏症・金属アレルギー・発熱・糖尿病・血液性肝炎
心筋梗塞・脳梗塞・リウマチ・妊娠・人工関節・ペースメーカー・がん
高血圧の方→血圧 (~)



【アンケート】

当院を選んだ理由は次のうちどれでしょうか?

家から近い・会社から近い・看板・診療時間・設備の充実・紹介・対応が良い・その他 ()