

フリガナ		性別	男・女	身長	cm	体重	kg
氏名		年齢	歳	職業			
住所	〒						
生年月日	S・H	年	月	日	電話番号	()	

【1】いつ頃からどのような症状でお困りですか？

○ 症状 {

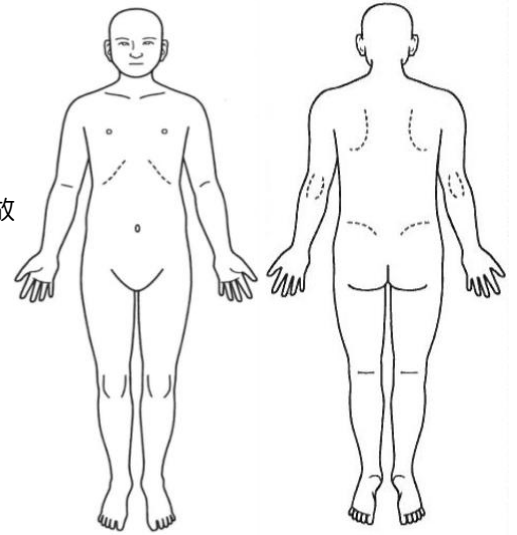
具合の悪い部位に○をつけてください

○ いつ頃 { 年 月 日頃から }

※症状が1か月以上経過していれば保険取り扱いが出来ない可能性があります。

○ 原因は何ですか？

- 工作中・通勤中
 スポーツ中
 思い当たらない
 交通事故
 その他 ()



【2】当院に望まれる施術は何ですか。

- 接骨・整骨
 鍼灸
 相談のうえ決めたい

【3】今回の症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。

- はい (下段をご記入ください)
 いいえ

治療を受けた場所 () (年 月 日まで)
どのような治療 ()

【4】その他で気になっていることはありますか。

- 腰痛
 肩関節の痛み
 接骨院・整骨院は初めて
 疲労が溜まっている
 鍼灸に興味がある
 治っても予防効果を上げたい
 セルフストレッチ・トレーニングが知りたい
 その他 ()

【5】通院できない曜日はいつですか。

- 月曜
 火曜
 水曜
 木曜
 金曜
 わからない

【6】接骨院でも交通事故後の治療を受けられることはご存知ですか。

- はい
 いいえ

【7】現在、妊娠中ですか。(女性の方のみお答えください。)

- はい (月)
 いいえ

【8】本院は何でお知りになりましたか。

- ホームページ
 エキテン
 患者様紹介 (様)
 外観・通りがかり
 その他 ()

(検索キーワード: . . .)

ご記入いただきました問診票は、カルテと同様に厳正に管理されます。