

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ

氏名 電話番号 ( ) -

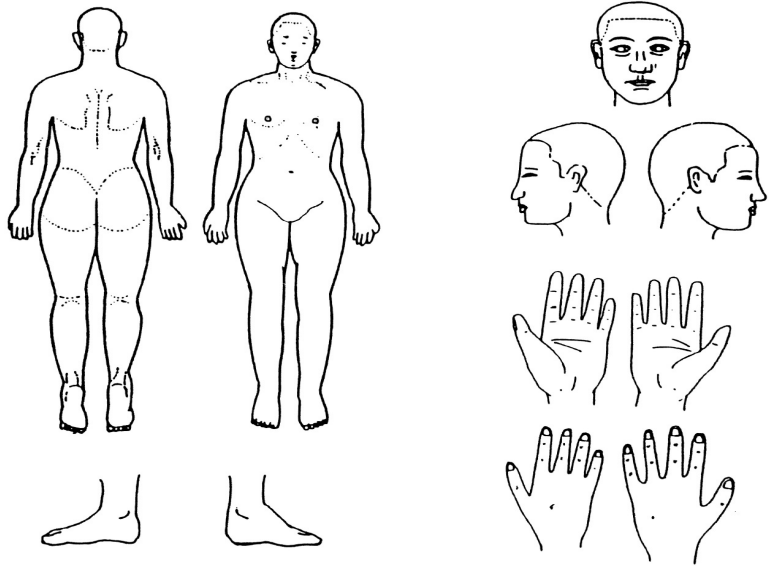
住所

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

職業 紹介者

■痛む又はしんどい箇所に○印をお付けください。

- ・痛み
- ・しびれ
- ・力が入りにくい
- ・疲れやすい
- ・むくむ
- ・その他の症状

■原因と思われるのは何ですか？

■いつから痛みますか？ 今日・昨日・おととい・1週間前ごろ・2週間前ごろ・3週間前ごろ  
1ヶ月前ごろ それ以前から [ ]

■日常生活でどのような時が一番困りますか？(例：イスに坐る時など)

■一部健康保険適用外(自費)の治療を希望されますか？

- ・指圧整体
- ・はり、きゅう治療
- ・テッピング療法
- ・健康保険の範囲内で治療する
- ・脊柱矯正治療
- ・保険治療をしてから決める

■下記の中で、あてはまるものに○をつけてください。

- ・心臓にペースメーカーをつけている・妊娠又はその可能性がある
- ・体内に金属が入っている (場所: )
- ・糖尿病をもっている
- ・大きな手術や内科的疾患がある( )

■今の症状で、現在、通院中ですか？ [ はい ・ いいえ ]

■来院動機を下記からお選びください。

- 近いから [自宅・会社]
- ご紹介で [ ] 様]
- 電柱看板を見て
- チラシを見て
- 通りがかり
- 評判をきいて
- ホームページを見て
- その他 [ ]

