

問 診 票

年 月 日

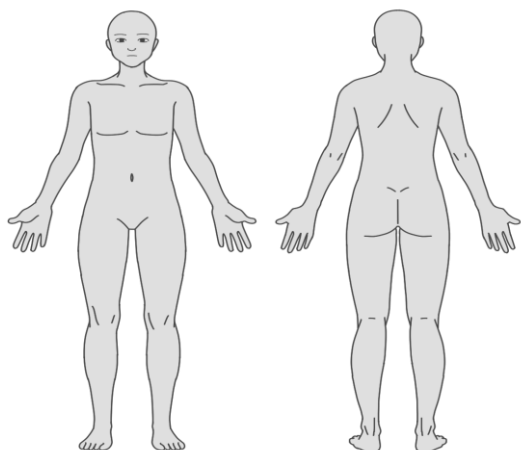
No.

ふりがな	生年月日	
お名前	年 月 日	
ご住所 〒	電話	
	メール	
	ご職業	

◆ あてはまるものすべてに✓をお願いいたします

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| ☐ この辛さを何とかしたい | ☐ 色々通ったがここを最後の治療院にしたい | ☐ 気長に治したい |
| ☐ どんなものか試しに来た | ☐ 料金がかかってもしっかり治したい | ☐ 体を整えたい |
| ☐ 今の状態から悪くならないようにしてほしい | ☐ できるだけ短期間で治したい | |
| ☐ 痛みを伴う治療はしたくない | ☐ 体操のようなしんどい治療はしたくない | |

◆ 現在お困りの症状を教えてください (症状のある所を下図に書き込んでください)



◆ その症状を医療機関で診てもらったことはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

はいとお答えの方 その症状についてどのような説明を受けましたか？

病名または説明：

◆ 「はい」の方 検査は受けましたか？受けた方はその内容をお聞かせください

- | | |
|--|---|
| ☐ レントゲン (異常あり・異常なし) | ☐ CT・MRI (異常あり・異常なし) |
| ☐ 血液検査 (異常あり・異常なし) | ☐ 骨密度検査 (異常あり・異常なし) |
| ☐ その他 () | |

※裏面もございます

◆ 現在通院中ですか？

- ☐ この症状で通院中（診療科名： ）
☐ その他の症状で通院中

（病名： 診療科名： ）
（病名： 診療科名： ）
（病名： 診療科名： ）

◆ 服用中のお薬はありますか 例）薬名：ロキソニン 目的：痛み止め

（薬名： 目的： ）
（薬名： 目的： ）
（薬名： 目的： ）
（薬名： 目的： ）
（薬名： 目的： ）

◆ 医師から受けている禁止事項はありますか

◆ 今までに大きな怪我（骨折など）や手術をされたことはありますか？

病名	時期
病名	時期
病名	時期
病名	時期
病名	時期

◆ その他伝えておきたいことがあればご記入ください
（施術内容の希望、やりたいことがある等なんでも結構です）

◆ 当院を何でお知りになりましたか？

- ☐ ホームページ ☐ インスタグラム ☐ Googleマップ ☐ チラシ
☐ 知人の紹介（ 様より） ☐ その他（ ）

ご協力ありがとうございました