

# 問診票

年 月 日

※ お体の状態を知る事により、安全でかつ最適な施術・矯正を施す事を目的とします。

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

男・女

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 歳

携帯アドレス \_\_\_\_\_

※当院からの季節の情報・臨時休業のお知らせ・お得な情報などを不定期ですが配信いたします。

(個人情報の流失には十分気をつけ管理しますのでご安心ください。

ニュースレター以外には使用しませんのでご了承ください。)

※ 現在妊娠している方又はその可能性のある方は事前に申し出てください。

○今、お悩みの症状をお選び下さい。(□にレ印)

- 肩こり 五十肩 腰痛 股関節症 ひざ痛 頭痛 首こり 背中痛  
冷え性 生理痛 便秘性 手・脚のしびれ むち打ち症 坐骨神経痛 椎間板ヘルニア  
その他( )

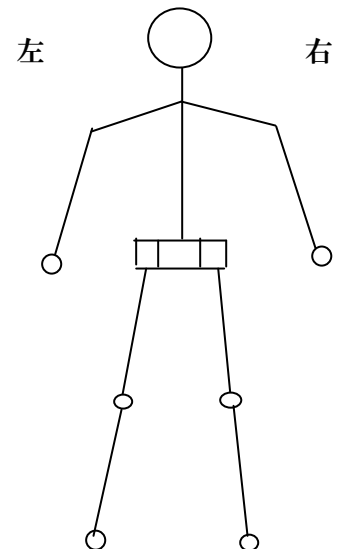
○いつから痛みますか。

- 今日 昨日 おととい 1週間前 2週間前 3週間前 1ヶ月前 それ以前( )

○原因と思われるのは何だと思われますか。

- 立ち上がったとき 顔を洗ったとき 重い物を持ったとき 同じ姿勢を続けたとき 運動中 その他

○後から見て痛むところに○印を付けてください



後から見た状態です

○来院の動機は？

- 近いから 知人からの紹介 ( ) 様  
通りがかり 評判を聞いて インターネット チラシその他

○治療目的

- 症状を根本的に治したい とにかく少しでも楽になりたい

○最近の通院歴は？

- はり 灸 指圧 整形外科 整骨院 マッサージ  
足裏マッサージ カイロプラクティック 他の整体院

○施術にあたり要望事項あればお書き下さい。

( ) ご協力ありがとうございました。