

問 診 表

年 月 日

フリガナ		生年月日	T・S・H	年 月 日
氏 名		性 別 男・女	年 齢	歳
住所 〒			TEL	
			携 帯	
メール		職 業		
紹介者	HP・ブログ・チラシ・看板・知人()様			

1.本日のご来院目的を教えてください。(いくつでも可)

- つらさや痛みを取ってほしい 自分でできる予防法・治療法を知りたい
 身体全体の健康チェックをしてほしい 今回だけ診てほしい
 歪みを治してほしい 良かったら定期的に通いたい
 疲れを取ってほしい 今後の健康管理をしてほしい

2.ご希望の治療時間をご記入ください。

- ()分・おまかせ

3.ご希望の治療内容に○印を入れてください。(いくつでも可)

- 鍼・灸・整体マッサージ・足ツボ・おまかせ

これより、治療上早く治す為に大変重要な項目となりますので、出来る限り具体的にご記入下さい。

4.最もつらい症状をご記入ください。

()

5.その症状が出た原因がある場合は、ご記入ください。

()

6.その症状を、医師に診せたことがあれば、診断名及び治療内容、薬剤名等をご記入ください。

()

7.過去に同じような症状があった場合は、その時期と期間をご記入ください。

()

8.その他にも、お悩みの症状がある場合は、ご記入ください。

()

9.仕事内容を簡単にご記入ください。

()

10.過去のスポーツ経験をご記入ください。

()

11.過去の事故歴をご記入ください。

()

12.過去の病歴をご記入ください。

()

13.過去の手術歴をご記入ください。

()