

# 問診表

年 月 日

ふりがな		ふりがな	
名前		世帯主名	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生 ( 歳) 男・女
住所	〒 - -		
電話番号	- -	携帯	- -
メール	@		
当院にご来院いただいたきっかけは？ ご紹介( 様)より インターネット その他( )			

下記の質問についてお答え下さい。

痛みのある部分を右図より○で囲んで下さい。

また、いつ頃からの痛みですか？

( )

思い当たる原因はありますか？

( 交通事故・スポーツ外傷・特になし・その他( ) )

今回の症状及びその他の理由で

現在どこかの医療機関にかかっていますか？

( はい・いいえ )( 病院名: )

今までに大きな病気はありますか？

( 心臓病・脳疾患・高血圧・糖尿病・肝炎・その他( ) )

今までに大きな手術をしたことはありますか？

( はい 病名: ・いいえ )

仕事や家事などで、同じ姿勢で過ごす事はありますか？

( はい・いいえ )

女性の方 現在妊娠中ですか？

( はい: ヶ月・いいえ )

ご希望の治療はありますか？

( マッサージ・鍼灸・矯正・その他( ) )

治療方針について

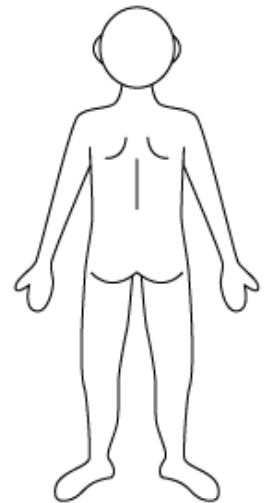
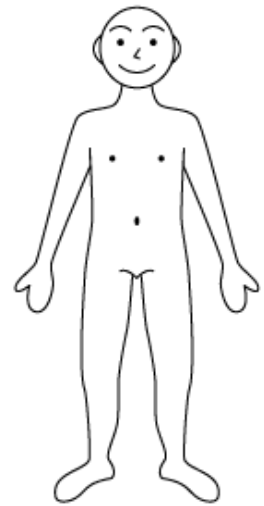
( 治療重視・気持ち良さ重視 )

マッサージや鍼の刺激の強さ

( 弱く・普通・強く )

身体にペースメーカーや金属は入っていますか？

( はい・いいえ )



ありがとうございました。

お預かりしました個人情報に関しまして、当院の業務以外に  
利用することはございませんのでご安心下さい。

さくら鍼灸整骨院  
加古川市加古川町北在家2231  
079-425-0396