

# 問 診 表

初診 年 月 日

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 歳
住所 〒 -		職業	
連絡先 自宅・携帯電話 ( ) ー			

今の主症状についてお答えください。

該当する項目に○をつけてください。  
 痛い・だるい・しびれる・重い・しんどい・こっている  
 動かない・その他 ( )

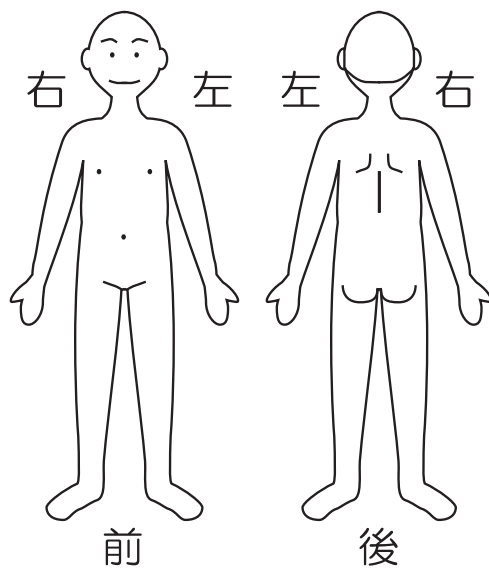
現在症状のあるところはどこですか？ 下図に○をつけてください。

いつからですか？

他の治療院・医療機関を受診されましたか？  
 (あれば医療機関名を記入してください。)

今まで大きな病気やケガの経験はありますか？  
 (あれば詳細を記入してください。)

嗜好品についてお聞かせください。  
 ・たばこ 1日【 】本  
 ・酒 類 種類【 】 1日【 】杯



アンケートにご協力をお願いします。

当院を知ったきっかけは？ (該当する項目に○をつけてください。)  
 紹介 ・ 電話帳 ・ インターネット ・ 通りがかり

↳ ご紹介者名 様

趣味をお聞かせください。(姿勢等のアドバイスに使わせていただきます。)

ご協力ありがとうございました。 治療室にこの用紙をご持参ください。

\_\_\_\_\_ ・ 備考 ・ \_\_\_\_\_