

# 問 診 票

R  
有  
無

患  
照

/

NO. \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別 男・女 電話番号 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 生まれ ( 歳)

ご職業 \_\_\_\_\_ ご趣味 \_\_\_\_\_

下記の該当箇所に記入、又は○を付けてください。

1. どこが痛いですか？

\_\_\_\_\_

痛い箇所に○を  
付けて下さい

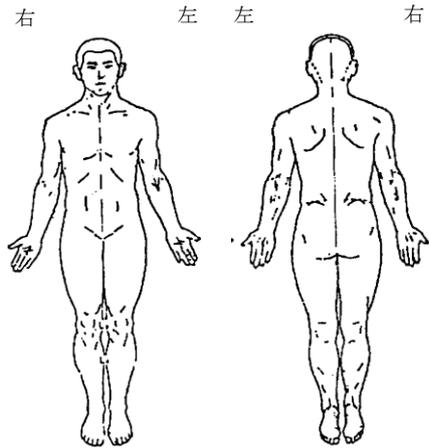
2. いつどの様にして痛めましたか？

日付: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

場所: 自宅・会社内・道路上・その他( \_\_\_\_\_ )

状況: 仕事中・私用時間・通勤中・交通事故

負傷原因: \_\_\_\_\_



3. 今回かかるところを、他所の接骨院・病院などで

診てもらったことがありますか？ ない ・ ある

ある場合 その医療機関名 \_\_\_\_\_

治療期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日迄 診断名 \_\_\_\_\_

治療内容 \_\_\_\_\_

※ 尚、病院又は整骨院で同日、同じ負傷部位での治療に関しましては保険を併用することができない為、自由診療とさせていただきます。

4. 現在かかっている病気、過去に大きなケガ・入院・手術の経験があれば教えてください。

脳・心臓病(ペースメーカー)・肝臓・がん・糖尿・血圧・婦人病

リウマチ・大腸・甲状腺・透析・骨折・人工関節・金属・アレルギー

その他( \_\_\_\_\_ )

5. 現在服用されているお薬はありますか？ ない ・ ある

◎ 現在妊娠の可能性はございますか？ いいえ ・ はい (約 \_\_\_\_\_ ヶ月)

6. 次のうち治療経験があるものを教えてください。

マッサージ・はり・灸・ストレッチ・テーピング・その他( \_\_\_\_\_ )

## 【アンケート】

当院を選んだ理由は次のうちどれでしょう？

家から近い・会社から近い・看板・ホームページ・チラシ・診療時間・治療内容・対応が良い  
紹介( \_\_\_\_\_ 様)・その他( \_\_\_\_\_ )

※ 当日の予防接種後、又は飲酒後の治療をお断りする場合がございます。

分からない事がございましたら、スタッフまでお声を掛けてください。