

# 問診票

令和 年 月 日

初めてご来院の方は問診票の記入をお願いしております

(ふりがな)	生年月日
氏名	大/昭/平/令 年 月 日( )歳

住所 〒	TEL(携帯):
	メールアドレス:
	ご職業:

1.当てはまるのはどれですか？(複数可)

この辛さを何とかしたい 根本的に治したい 自分でも治せるようにしたい

効果が優先で料金は気にしない 鍼灸治療をしてほしい 症状をぶり返したくない

お試しで来た 症状の原因を知りたい その他( )

2.鍼灸治療が必要な場合は行いますが、よろしいでしょうか？

はい なるべくしたくない(理由: ) どちらでも構わない

3.現在、お困りの症状は何でしょうか？(複数可)

痛みの出る部位( )

※何をするのが辛いですか？

( )

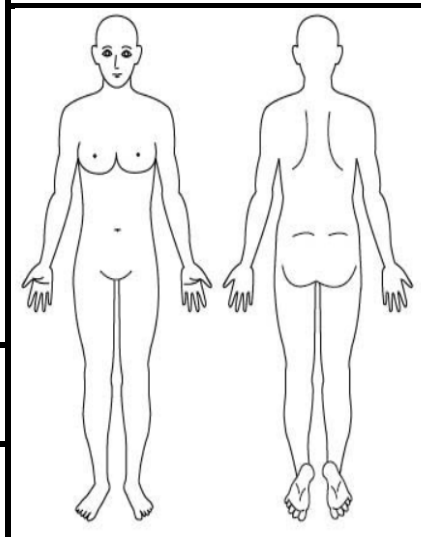
※痛みで我慢している事、出来ない事はありますか？

( )

※痛みを取って何をしたいですか？

( )

【備考欄】



4.その症状を病院で診てもらいましたか？ はい いいえ

(病名: )医師からの説明:

5.受けた検査と結果を教えてください。

レントゲン(異常・異常なし) MRI(異常・異常なし)

血液検査(異常・異常なし) 尿検査(異常・異常なし)

その他\_\_\_\_\_ (異常・異常なし)

6.今まで受けてきた治療は？(複数可)

整骨院 整体 鍼灸治療 カイロプラクティック 病院(リハビリ) その他

7.該当する項目にチェックを入れて下さい。(複数可)

辛い時間帯：朝 日中 夕方 夜間 常に 楽になる時は？( )

既往歴：大きな病気/ケガ 事故 高血圧/糖尿病 妊娠歴 その他臓器疾患

不定愁訴：頭痛 疲れ めまい/耳鳴り 吐き気 生理痛 便秘/下痢 不眠

8.最後に、当院は何で知りましたか？

紹介( 様より) チラシ 雑誌 新聞折込 地域誌 口コミ その他

当院HP アメブロ Instagram Facebook YouTube その他サイト

「検索キーワード」