

問診票

より良い施術のために、以下のご記入をお願いします。

ご記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男・女	年齢	歳
お名前					
生年月日	年 月 日 (歳)				
ご職業		電話番号	()	-	
ご住所	〒 -				

1. どのような症状でお悩みですか？（複数回答可）

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 首の痛み | ☐ 肩の痛み | ☐ 腰の痛み |
| ☐ 膝の痛み | ☐ 手・腕の痛み | ☐ 足・脚の痛み |
| ☐ 頭痛 | ☐ しびれ | ☐ だるさ・疲れ |
| ☐ 姿勢のゆがみ | ☐ その他 () | |

2. いつからですか？

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 1週間以内 | ☐ 1ヶ月以内 | ☐ 3ヶ月以内 |
| ☐ 6ヶ月以内 | ☐ 1年以上前 | ☐ 覚えていない |

3. どのような時に症状が出ますか？（複数回答可）

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| ☐ 動作時 | ☐ 安静時 | ☐ 朝 | ☐ 夜 |
| ☐ 長時間の同じ姿勢 | | ☐ その他 () | |

4. これまでに受けた治療はありますか？（複数回答可）

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 病院（整形外科・内科など） | () | | |
| ☐ 整骨院・接骨院 | ☐ 鍼灸 | ☐ 整体 | ☐ マッサージ |
| ☐ その他 () | | ☐ 受けたことはない | |

5. 現在、服用しているお薬はありますか？

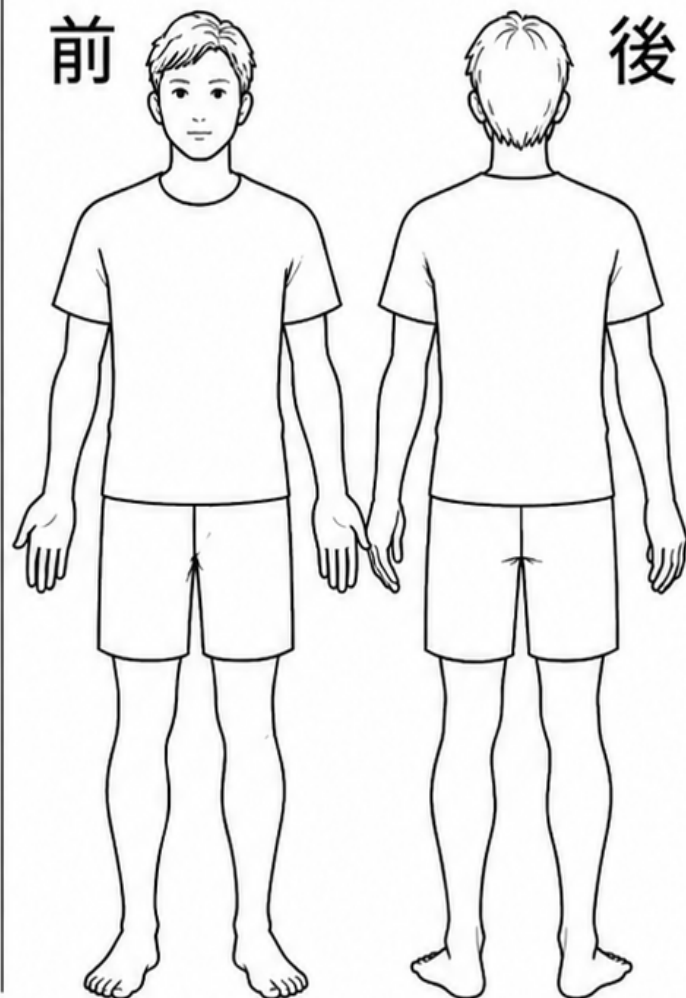
- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ある（お薬名：) | ☐ ない |
|------------------------------------|-----------------------------|

6. 他に気になることや、伝えておきたいことがあればご記入ください。

--

今回一番気になる場所はどこですか？

右の図に1か所だけ○をつけてください。
それ以外に痛みのある部位に○をつけてください。
また、痛みはないが違和感や気になる部位があれば△をつけてください。



ご協力ありがとうございました。 より良い施術のために、大切に活用させていただきます。