

問診票

初見日

年

月

日

No.

あなたの健康状態を把握し、ベストな施術をおこなうために必要な情報です。  
質問の内容がわからない場合は、丁寧にご説明しますので遠慮なくお尋ねください。

ふりがな  
お名前

ご住所

電話番号

生年月日

年

月

日

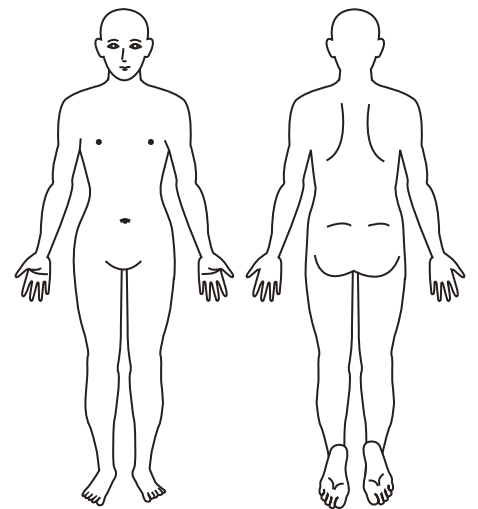
当院を知ったきっかけはなんですか？

( ) 様の紹介                      ホームページ                      チラシ

右の人体図に痛みやコリなど**気になるところ全てに印をつけてください。**  
後ほど詳しくお聞きします。**些細なことでも結構ですので印をつけてください**

★下記の質問であてはまるものすべてにチェックをしてください

- ( ) 痛みやしびれを改善したい
- ( ) 肩こりなど体のコリを改善したい
- ( ) 疲れやすい体質を改善したい
- ( ) 体のゆがみを改善したい
- ( ) 産後の骨盤矯正がしたい
- ( ) 交通事故によるケガの治療がしたい



※交通事故の治療はほとんどの場合費用がかかりません

★現在の体の状態であてはまるもの全てにチェックを入れてください

- |          |           |              |           |         |
|----------|-----------|--------------|-----------|---------|
| ( ) 肩こり  | ( ) 首のこり  | ( ) 耳鳴り      | ( ) ふらつき  | ( ) めまい |
| ( ) ほてり  | ( ) 頭痛    | ( ) 目の疲れ・かすみ | ( ) 動悸    | ( ) 息切れ |
| ( ) 不整脈  | ( ) 倦怠感   | ( ) 鼻づまり     | ( ) 花粉症   |         |
| ( ) 背中痛み | ( ) 背中のこり | ( ) 腕の痛み     | ( ) 腕のしびれ |         |
| ( ) 腰痛   | ( ) お尻の痛み | ( ) 胃痛       | ( ) 腹痛    | ( ) 便秘  |
| ( ) 下痢   | ( ) 生理痛   | ( ) 生理不順     | ( ) 頻尿    | ( ) 冷え性 |
| ( ) 足の痛み | ( ) 膝痛    | ( ) 足のむくみ    | ( ) 足のしびれ |         |
| ( ) 不眠   | ( ) イライラ  |              |           |         |

裏面もご記入ください

★現在何かの疾患で医療機関にかかっている方はご記入ください

診断名

.....

---

★お仕事や日常生活についてあてはまるもの全てに○をつけてください

立ち仕事 座り仕事 重たいものをよく持つ パソコンをよくする 車をよく運転する  
授乳中 育児中 本や新聞をよく読む スポーツをよくする 介護をしている

---

★その他、体の状態についてお聞かせください

平均睡眠時間	時間	食欲	ある	ない
喫煙	吸わない 時々 毎日 ( ) 本	飲酒	飲まない	ときどき 毎日
血圧	最高血圧 ( ) 最低血圧 ( )	妊娠	していない	している ( ) 週

---

★今までに大きなケガや病気をしたことがありますか？ はい いいえ

はいの場合

.....

---

★シップなどで肌がかぶれたことがありますか？ はい いいえ

ご記入ありがとうございました。

わからない点があれば、遠慮なくお近くのスタッフにお訊ねください