

# 問診表

ふりがな

お名前

ご住所 〒

生年月日

電話番号

T S H R

年

月

日

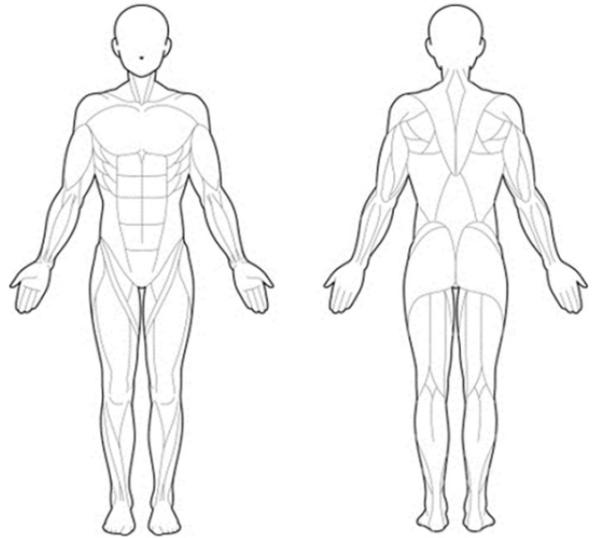
( 歳)

ご職業 会社員・自営業・主婦・学生・その他 ( )

あてはまる□に✓を入れてください。わからない項目は飛ばしてください(複数回答可)

1、当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 知人・家族の紹介  家・職場が近い  
 立て看板  店頭のチラシ  ホームページ  
 SNS  スポーツジムのチラシ  その他



2、痛みを感じる体の部位を教えてください

イラストに○をつけてください→

3、いつ頃からその痛みはありますか？

- 今日  昨日  2日前~1週間前  
 それ以上前から ( 前)

4、何をして痛くなりましたか？

- 転んだ  捻った  重い物を持った  使いすぎた  ぶつけた  覚えていない  
 その他 ( )

5、どこで痛くなりましたか？

- 自宅  職場  現場  学校  出かけ先  運動施設  レジャー施設  路上  
 その他 ( )

6、今回の痛みに関しまして、受けられた医療機関があれば教えてください。

- 整形外科  他の整骨院・接骨院  整体院  マッサージ  鍼灸院  その他

7、過去の既往歴について、以下のものがあれば教えてください。

- 骨折・脱臼  捻挫  ぎっくり腰  寝違え  四十肩  坐骨神経痛  ヘルニア  
 悪性腫瘍  心臓疾患  消化器疾患  呼吸器疾患  脳梗塞  精神疾患  その他

8、以下の項目に当てはまるものがあればお答えください。

- ペースメーカー使用  がんの経過観察中  人工関節使用  頸部・腰部ボルト手術  
 妊娠中  アレルギー  てんかん

ご記入ありがとうございました。受付にご提出ください