

# 問診表

受診日 令和 年 月 日

ふりがな  
氏名

電話番号

( )

—

生年月日

昭和・平成・令和

年

月

日

メール

@

住所

〒

(

-

)

学生などの理由で現在被保険者（両親）と住所が異なる場合

〒 ( - )

Q 紹介者はいいますか？ いいえ はい

様

Q 当院のHPをご覧になりましたか？ いいえ はい

1、どこに痛みや不調がありますか図示してください。

2、その症状はいつからありますか？

年

月

日

または

日前

3、何をしていた発症しましたか？

( )

4、今どうする時に症状を感じますか？

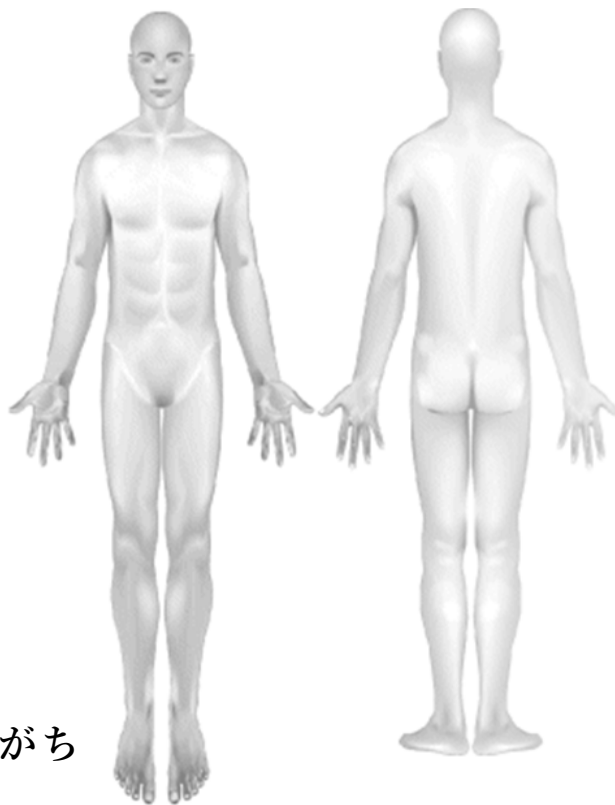
( )

5 その他当てはまる症状はありますか？

鼻炎 頭痛 不眠 肩こり 下痢気味 便秘がち

むくみ 冷え めまい しびれ 肩こり

不安感 疲れがとれない 身体がだるい



6、今回の症状で他院で施術を受けたことはありますか

整形外科

接骨院

整体院

鍼灸院

マッサージ

その他

7、今までどのようなスポーツや運動をしてきましたか？

( )

接骨院メモ