

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、何をしていて発症しましたか？

()

4、今どうする時に症状を感じますか？

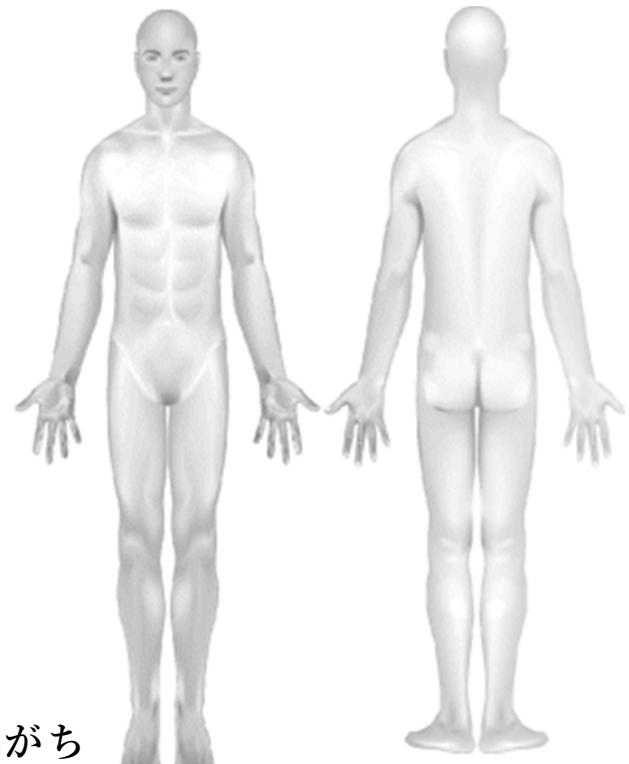
()

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

不安全感 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