

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

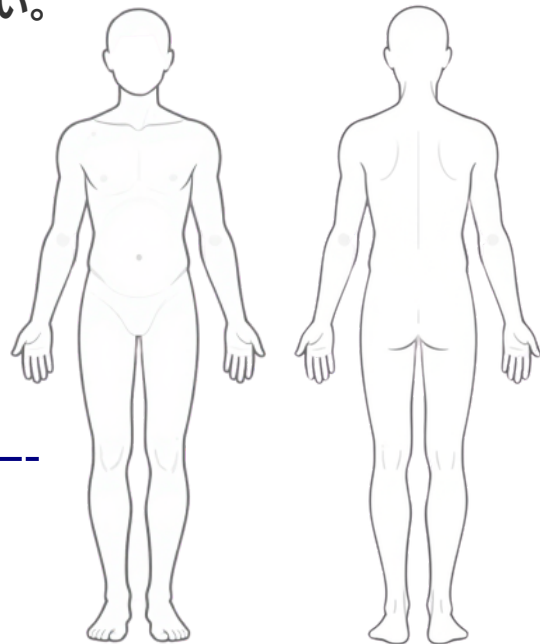
1、どこに痛みや不調がありますか 図示してください。

2、その症状はいつからありますか？

年 月 日 または 日前

3、何をしていた痛みましたか？

(例：階段を踏み外した、重い荷物を持ち上げた、捻った等)



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 不安感 疲れがとれない 身体がだるい

6、今回の症状で、現在ほかの病院や接骨院に通院していますか？

(※お薬や湿布だけをもらっている場合も含みます)

はい いいえ 過去に行っていた

[はい・過去に行っていたと答えた方]



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？