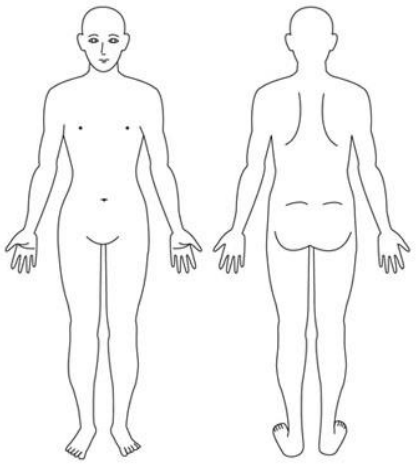
問診票

（記入日：令和　年　月　日）

お名前	フリガナ	性別	男・女
住所	〒（　　ー　　）		
生年月日	S・H・R　　年　　月　　日		
電話番号(自宅)		携帯番号	
職業	デスクワーク・立ち仕事・力仕事・営業 ・サービス業・主婦・学生・無職・その他（　）		

気になるところに〇印をつけてください



■どのような治療を希望しますか

☐気になる症状のみの部分的な治療
☐身体のゆがみ・クセから根本的な治療
☐長期的に予防ケアもしていきたい
☐矯正（カイロプラクティック）なしの治療
☐電気治療なしの治療

■通院しやすい曜日・時間帯

☐月 ☐火 ☐水 ☐木 ☐金 ☐土・祝
☐午前（　　～　　）
☐午後（　　～　　）

■当院を何でお知りになりましたか

☐ホームページ　☐看板　☐チラシ
☐Facebook ・ インスタグラム ・SNS
☐通りがかり　☐エキテン
☐ご紹介（　　様）

ご協力ありがとうございました
問診までいましばらくお待ちください

■どのような症状ですか

☐痛み　☐しびれ　☐張り　☐腫れ　☐重だるさ
☐違和感　☐交通事故のケガ　☐スポーツのケガ
☐その他（　　）

■いつから痛みますか

☐今日　☐昨日・おととい　☐1週間前
☐それ以前（　　）

■なにをして痛めましたか

■上記の症状でほかの医療機関にかかりましたか

1.いいえ　2.はい →　通院期間（　　）
☐接骨院　☐鍼灸院　☐整体院　☐もみほぐし
☐整形外科　☐総合病院　☐その他（　　）

■今現在、治療中及び経過観察中のご病気はありますか

1.いいえ
2.はい　（ 病名：　　）

■主訴以外に当てはまる症状はありますか

☐肩こり　☐腰痛　☐頭痛　☐めまい・耳鳴り
☐動悸・息切れ　☐不眠・疲労感　☐胃腸の不調
☐冷え・むくみ　☐生理痛・生理不順
☐その他（　　）

■下記項目に該当しますか

1.いいえ
2.はい →　ペースメーカー・体内金属
骨粗しょう症・心臓/内臓疾患
アレルギー・リウマチ・高血圧

【女性の方】⇒　妊娠中（　　週）・ 授乳中

■その他　ご要望がありましたらご記入ください