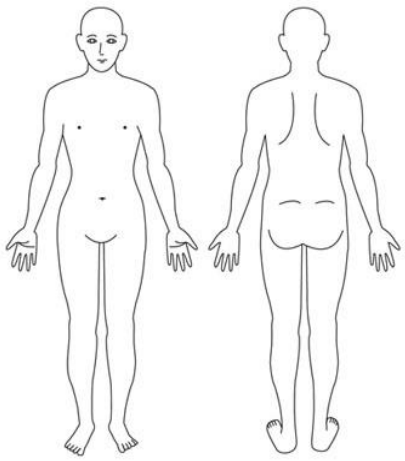
妊婦さん・ママさん　問診票

（記入日：令和　年　月　日）

お名前	フリガナ		
住所	〒（　　ー　　）		
生年月日	S・H・R　　年　　月　　日		
出産日・予定日	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・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、短期間で治療を終えたい

☐骨盤矯正後も長期的な身体ケアもしてきたい

☐1回の治療をなるべく短時間で受けたい

☐音のならないソフト矯正での治療

☐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（　　～　　頃 ）

☐午後（　　～　　頃 ）

■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　☐腫れ・張り　☐こり・重だるさ

☐骨盤周囲の不安定感　☐その他（　　）

■いつごろから痛みますか

☐今日　☐昨日・おととい　☐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　☐その他（　　）

■主訴以外に当てはまる症状やお悩みはありますか

☐肩こり・腰痛　☐頭痛・めまい　☐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（　　）

■その他、気になる症状・お悩みはありますか

☐反り腰・O脚など姿勢の崩れ

☐体重が落ちにくい・下半身太り　☐尿漏れ・膣痛

☐その他（　　）

■今現在、治療中及び下記項目に該当しますか

1.いいえ　2.はい →（ 病名：　　）

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

その他（　　）

■その他・お悩み　ご要望がありましたらご記入ください