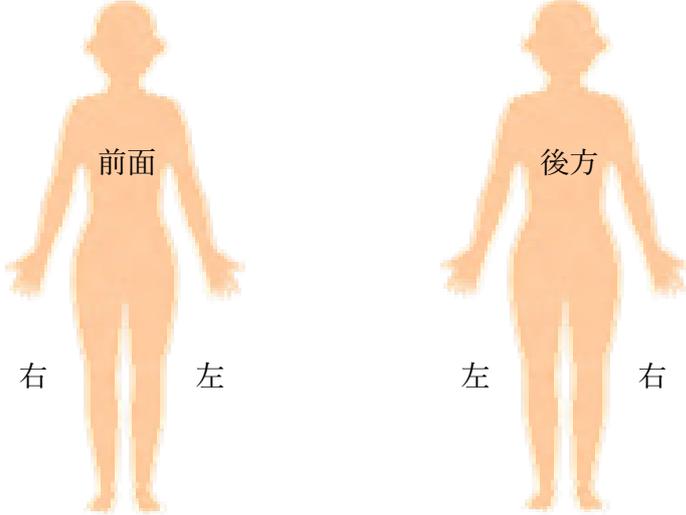


あしたば整骨院 問診票 日付 2025 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日	年	月	日( 歳)	身長	cm
住所 〒 市 区						
電話番号 ( )				携帯電話 ( )		
症状のある部位に○をつけてください 				該当する症状に☑をいれてください <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> 張り <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 重だるさ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 冷え <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 自律神経 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )		

該当する項目に☑をお願いします (複数回答 OK)

●来院した理由の症状・お悩みはいつからですか？

日にちが明確( 月 日)  しばらく前(1ヶ月以内)

ずっと以前から(1ヶ月以上前から) ※自費治療

●症状が出たきっかけは？

自宅で日常生活中  運動中  寝ているとき

お仕事中 (※労災保険)  交通事故  不明( )

●症状の現れ方を教えてください

急に現れた  徐々にでてきた  いつの間にか  波がある

●以前にも似たような症状はありましたか？

初めての症状  以前に症状があった(いつごろ: 年・月前)

繰り返し症状がある(直近はいつ: )

●この症状において、他の医療機関での受診はありますか？

病院  内科  整形外科  整骨院  鍼灸院

民間療法(カイロ・マッサージ )

●健康保険使用の希望はありますか？

はい・  いいえ(自由診療で受診します)

★初診時の状況
★他医院での治療歴

●健康保険を利用すると照会文書が自宅に届きます

照会文書は当院の請求と一致している必要があります。  
お手数ですが一報をいただく対応が必要となります。

理解し了承した 了承できない※自費治療でご案内します

●今まで大きな手術をしていますか？ いいえ はい  
いつ頃( 年 月頃)

部位( )

●いま飲んでいるお薬や健康補助食品等がありますか？

飲んでない 健康食品( )

お薬(名称 )

●現在妊娠していますか？ いいえ はい(時期 ヶ月)

●当院を知ったきっかけ

紹介( ) クチコミ HP

チラシ 通りがかり その他( )

●治った後について教えてください

施術で治ったら通院しないつもり

痛くなるまで整体等のなどといった治療は受けないつもり

定期的にメンテナンス施術を受けるつもり

※どの回答でも治療に影響はありません。メンテナンス枠を確保する参考としています。

●治った時(メンテナンス開始前)に体験談を書いて頂いています

書く。協力する 協力するつもりはない その時次第

●当院の施術費用にご理解はありますか？

当院では基本、自費(7000円)の治療を行っています。健康保険の一部負担分を割引とし窓口で頂戴します。そのため他の医療機関とは異なる費用負担となります。

理解している 理解していない部分がある

●整体の施術に対するご理解はありますか？

症状を改善するために一般的な治療と異なり、全身のバランスを考慮して施術するスタイルです。必要に応じて、症状がある部位とは違う場所を施術することが多々あります。

理解している 理解してないけど治るなら良い まったく理解できない

●ビフォーアフターの姿勢写真を撮影しております

写真でのお渡し LINE 送付(QRコードを読み取り登録お願い致します)

撮影無し

ご回答いただき、ありがとうございます。頂いた貴重なご意見を参考に、治療計画の検討を行ってまいります。ご回答につきましては、来院時にお持ちいただくか、もしくはこちらのメールアドレスにお送りくださいますようお願いいたします。

ご記入済み問診表送信先：[あしたば整骨院 ashitabaseitai@gmail.com](mailto:ashitabaseitai@gmail.com)

照会文章について



[あしたば整骨院HP>>](#)

★以前の状況

★最初に痛いと思った時

★今後、どうなりたいか？

メンテナンスについて



[あしたば整骨院HP>>](#)