

ふりがな
お名前

生年月日 年 月 日 (歳)

住所 〒 市 区

電話番号 () 携帯電話 ()

本日、来院された理由、改善したい部位に○、症状には✓をつけてください。

前面

後方

右

左

左

右

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| ☐ 痛み | ☐ 耳鳴り |
| ☐ しびれ | ☐ 頭痛 |
| ☐ 張り | ☐ めまい |
| ☐ 腫れ | ☐ 不眠 |
| ☐ 重だるさ | ☐ ほてり |
| ☐ 冷え | |
| ☐ 自律神経失調症 | |
| ☐ その他() | |

- 本日、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) ☐ ごく最近(1週間以内) ☐ 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)※健康保険は使用しづらいです。

- 痛みが出たきっかけは？

- ☐ 自宅で日常生活中 ☐ 運動中 ☐ 寝ているとき ☐ お仕事中 ☐ いつの間にか
☐ 不明()

- 1ヶ月以内に整形外科に行かれましたか？なお、整形外科に行かれた方は診断名をお書きください。

- ☐ いいえ・☐ はい (診断名_____)

※同じ理由で整形外科、及び整骨院(整体)に通院されている(通院されていた)場合は、施術料金は自費となります。

- 健康保険使用の希望はありますか？健康保険の割引は700円程度です。

- ☐ はい・☐ いいえ(自由診療で受診します)

※健康保険を使用すると、保険者から照会の封書が後日自宅に届きます。煩わしいと思われる方は自由診療でお受けいたします。

- 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)

- 今まで大きな手術をしていますか？
- ☐
- いいえ
- ☐
- はい(いつ頃_____ 場所_____)

- 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(_____)

- 施術前に姿勢の写真を撮影いたします。

- ☐ 写真でのお渡し
☐ LINEにて添付(QRコードを読み取り、ご登録後スタンプをお送り下さい)
☐ 撮影無し



改善後に体験談や姿勢写真を提供して頂けますか？応援お願い致します!!次にお困りの人に安心を提供

- ☐ はい(匿名、お顔を隠すならOK) ☐ はい(お顔、お名前を出してもいいよ) ☐ いいえ

ご記入ありがとうございました。

問診票をもとにカウンセリングさせていただきます。

スタッフ記入欄

負傷部位