

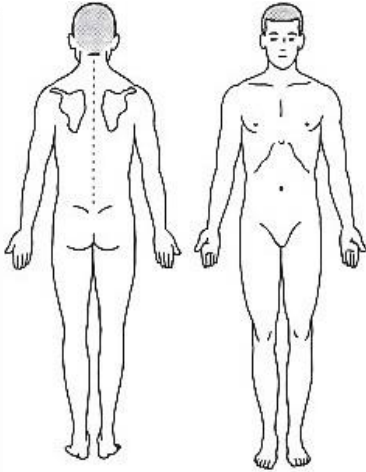
問 診 表

令和 年 月 日記入

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
お名前			
ご住所	〒	携帯電話	
		職 業	自営業・会社員・主婦・学生 その他 ()
身 長	cm	足のサイズ	cm

● わかる範囲でご記入ください

あなたのお悩みや気になることをお書きください。



ご質問にお答えください

- 体に痛みはありますか？ (はい・いいえ ・ 又は違和感・だるい)
- 足首の捻挫したことはありますか？ (はい・いいえ)
- 外反母趾・脚の歪みは気になりますか？ (はい・いいえ)
- メンタル面でお悩みはありますか？ (はい・いいえ)
- セルフケアに興味はありますか？ (はい・いいえ)

● 今回のお悩みで他の医療機関を受診されましたか？

- 整(接)骨院 鍼灸院 整形外科 病院 その他()
 受けてない

● 他の傷病について

- 糖尿病 高血圧(/) 心疾患 腎疾患 肝疾患 脳疾患
 アレルギー疾患 関節リウマチ 婦人科疾患 がん 消化器疾患
 その他()
 ペースメーカー 人工関節・体内に金属類の入っている方 皮膚疾患 妊娠中(カ月)

● 施術の経験について

- 電気療法 マッサージ はり・きゅう ストレッチ テーピング
 トレーニング 整体 なし その他()

● 痛みやつらさが楽になるよう自然治癒力をあげて改善しやすいカラダ作りのお手伝いをさせてもらいま
 ☆その症状が改善した後の希望(目標)を教えてください☆(複数回答可)

- 痛みがとれたらいい
 痛みや症状をぶりかえさないようにしたい
 予防を続けて快適にすごしたい

● 痛みがなくなったら、健康になったら何がしたいですか？

(_____)

● 当院を何でお知りになりましたか？ ご家族・ご友人 ご紹介者 様

SNS HP どんな言葉で検索しましたか？ (例：大阪 足の痛みなど)