

予 診 表

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日					
氏名		昭・平	年	月	日	歳	
住所	〒						
電話		紹介者					
職業	デスクワーク 立ち仕事 営業 サービス業 主婦 学生 その他()						

どのように当院を知りましたか？

近い(会社・自宅)・紹介・その他 () インターネット(HP・エキテン)
↳検索ワードを教えてください()

当てはまるものはどれでしょうか？ ※必ずご記入下さい。

できるだけ短期間で症状を改善したい 長い時間をかけてゆっくり症状を改善したい

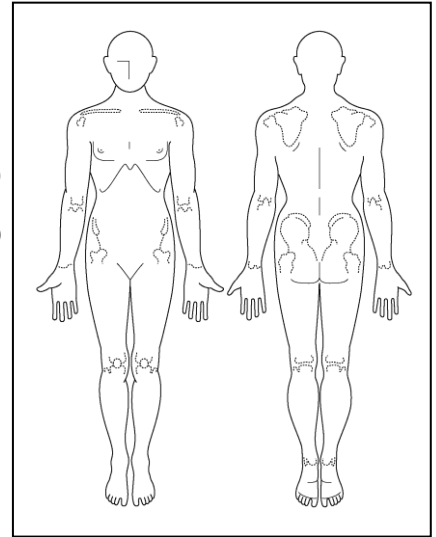
当てはまるものはどれでしょうか？(複数可) ※必ずご記入下さい。

長年悪いので当院が最後の治療院にしたい・効果が最優先で料金は気にしない
今の状態から悪くならないように予防したい・体のチェックをしてほしい・その他 ()

気になる箇所、治療希望箇所はどこですか？

首・背中・腰・肩こり (右・左)・肩関節 (右・左)・股関節 (右・左)
太もも (右・左)・ひざ (右・左)・ふくらはぎ (右・左)・足首 (右・左)
腕 (右・左)・肘 (右・左)・手首 (右・左)・その他 ()

※右の人体図に治療希望箇所をチェックしてください



いつから痛みますか？

負傷原因がないと保険の適用はできないので具体的に書いてください。

今日・昨日・おととい・約1週間前・約2週間以上前から

負傷原因

・どこで

・どのようにして痛めましたか？

【産後骨盤矯正でお越しの方限定質問】

・産後何カ月ですか？ () ・何人目のお子様になりますか？ ()

今回の症状で、どこか他所で治療を受けられましたか？

整骨院・鍼灸院・マッサージ・整体・整形外科・内科・心療内科・その他 () ・なし

これまでにかかった病気やケガはございますか？ (手術も含む)

高血圧・糖尿病・心臓病・内臓病・リウマチ・精神的病気・人工透析を受けている・ペースメーカーを使用している・体内に金属が入っている・アレルギー・常時使用している薬・その他 ()

【領収書 必要・不要】