

# 問診票

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令
名前			年 月 日( 歳)
住所	(〒 - )		
TEL	- -	職業	

※わかる範囲でご記入ください。

【前】

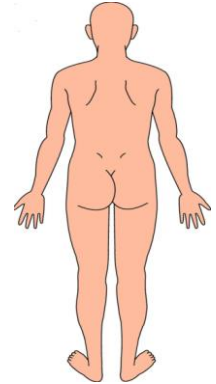
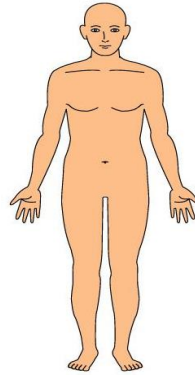
【後】

1. 右図で、一番痛いところに○をつけて下さい。  
(症状のあるところ)

どこで何をして痛めましたか？(痛くなりましたか？)

[ ]

※原因が不明の場合、保険適用にはなりません



2. いつ痛めましたか？(痛くなりましたか？)

今日  ( ) 日前  その他( )

3. 日常生活でどのような時が一番痛いですか？(症状がありますか？)

(例)服を着替える時、ベッドから起き上がる時、階段の上り下りの時など

[ ]  わからない

4. 他に痛いところ(症状)はありますか？

はい [ ]  いいえ

5. 現在、医療機関に通院されていますか？

はい(整形外科、整骨院、病院)⇒( )  
 いいえ

6. 当てはまるものがあれば✓を入れて下さい

心臓ペースメーカーをつけている  妊娠( カ月)  
 体内に金属が入っている  内科的な病気がある( )  
 過去に大きな手術をしている( )

7. 治療方針についてご希望をお聞きます。

健康保険の範囲内で治療したい

保険治療+根本治療を希望する ※詳しくスタッフから説明がございます  
(当院の**基本治療方針**です)

自費施術・コースを希望する (ストレッチ・EMS等)

☆当院では保険内治療の他に自費施術メニューが充実しています。スタッフまでお問合せください  
(施術中、必要に応じてご提案させていただくことがあります。)

相談して決める

8. 当院はどのようにしてお知りになりましたか？

紹介( 様)  前を通して  インターネット  
 チラシ  その他( )

※電気治療の際に**身体に吸引のあとがつく**場合がございます。不都合のある方はお申し付けください。

※健康保険組合によっては患者さんに対し負傷原因・治療内容について文書にて調査を行っております。  
間違った内容で回答されますと療養費が支給されなくなってしまう場合がございます。  
文書が届きましたら当院まで照会・確認いただき、正確な回答をお願いします。  
電話でも結構ですのでお気軽にお問い合わせください。