

問 診 表

ふりがな 名前	性別	生年月日	
	男 ・ 女	S・H	年 月 日
住所 〒 - 都道 府県			
連絡先： 自宅： () -		携帯： - -	
メール： @		職業：	

1. 痛みのある部位に◎をつけてください。(右図に○)

2. 受傷機転について教えてください。

—いつ? 今日・一週間以内 (月 日)

二週間以内 (月 日) ・慢性

保険適応は痛めた原因がはっきりわかる症状に適応となり
機転のはっきりしない慢性症状は保険適応外になります。

—どこでなにをされていて?

()

3. 現在病気はされていますか?

ナシ・アリ (診断名：)

4. 現在服用している薬・サプリメントはありますか?

ナシ・アリ (薬名：)

5. 現在医療機関に通院されていますか?

ナシ・アリ (医院名：)

6. 以下の症状等で気になるものがあれば教えてください。

鍼治療・美容はり・美容矯正・偏頭痛・眼の疲れ・顎関節症・骨盤の歪み・不良姿勢・X脚O脚・骨格矯正・
首こり・肩こり・慢性腰痛・内臓の疲れ・婦人科症状・むくみ・冷え性・疲れが抜けにくい・体質改善・
パフォーマンス向上・花粉症・ダイエット・加圧トレーニング・血流改善

7. 当院を知ったきっかけを教えてください。

紹介 (様) ・インターネット・看板・チラシ・その他 ()

8. ご希望の施術内容に○してください。

保険施術のみ 保険+自費施術 自費施術 内容を聞いてから決める
個人情報取扱に関しては、施術に関するものであり、それ以外の用途には使用いたしません。

