

問 診 票

来院日： 年 月 日

| | | | |
|---|--------|----|-----|
| フリガナ： | T・S・H | 年齢 | 血液型 |
| | 年 月 日生 | 歳 | 型 |
| 住所：〒 | | | |
| 受診者TEL： | 職業： | | |
| 受診者携帯： | (主な作業) | | |
| email： | | | |
| ※裏面「健康保険を使って治療を受ける際の注意事項」を読みました。 <input type="checkbox"/> (チェックを入れて下さい) | | | |

●負傷した(痛みを感じた)日

① 年 月 日

② 年 月 日

③ 年 月 日

●「どこで」「何をして」「どうなった」をお書きください。

①

②

③

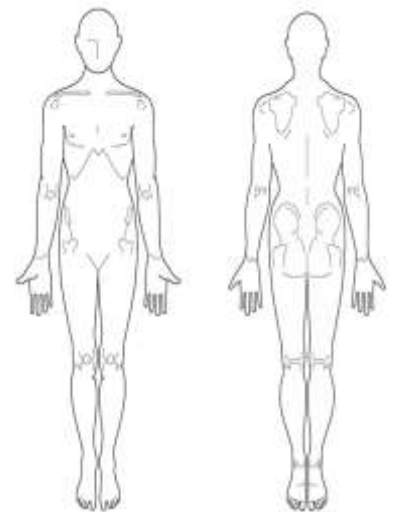
●現在どのような症状でお困りでしょうか？(痛みが出る動作など)

①

②

③

●負傷した(痛みを感じる)箇所に○をつけて下さい。



●上記の症状を病院で診てもらったことはありますか？

はい

いいえ

病名又は医師の説明 ()

●病院で検査は受けましたか？ はい いいえ

●受けた検査と検査結果を教えてください

レントゲン(異常・異常なし)

MRI(異常・異常なし)

血液検査(異常・異常なし)

尿検査(異常・異常なし)

その他 _____ (異常・異常なし)

●医師から受けている禁忌事項はありますか？(服薬、運動、飲酒制限など)

●いままでに受けたことのある施術はありますか？(複数可)

病院 () 科

整骨院 整体 カイロプラティック 針 その他 ()

