

# 問 診 票

来院日： 年 月 日

フリガナ	T・S・H	年齢	血液型
受診者名：	年 月 日生	歳	型
住 所：	〒		
連絡先TEL：	職業・主な作業：		

●何で当院をお知りになりましたか？

- 家族・友人・知人の紹介（その方のお名前： ）     建物・看板を見て  
 ホームページ・口コミサイトを見て     チラシ・ハガキを見て     以前通院  
 その他（ ）

●当てはまること、気になることにチェック☑をしてください。

- 骨盤矯正     O脚・X脚     猫背     外反母趾     頭痛・頭重     眼精疲労     自律神経  
 血流改善     冷え性     むくみ     便秘     眠れない     婦人科の悩み     ダイエット

●以下の症状がある方は記入してください。

- アレルギー     悪性腫瘍     高熱     妊娠中     ペースメーカー・ステント等埋め込み金属有

●負傷した(痛みを感じた)日

①	年	月	日
②	年	月	日
③	年	月	日

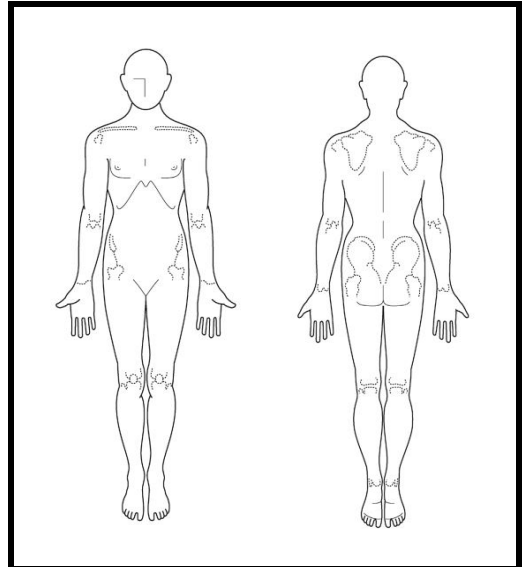
●「どこで」「何をして」「どうなった」をお書きください。

①
②
③

●現在どのような症状でお困りでしょうか？(痛みの出る動作など)

①
②
③

●痛いところに○をつけて下さい。



●今回の症状で病院や整骨院等の医療機関を受診しましたか？

- はい（医療機関名： ）  
 （受診日： 月 日）  
 いいえ

☆受けた検査の種類と検査結果を教えてください

- レントゲン（異常・異常なし）     CTまたは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（ ）

☆傷病名・診断結果（ ）

●該当する項目にチェック☑を入れてください。

辛い時間帯	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 日中	<input type="checkbox"/> 夕方以降	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常に
既往歴	<input type="checkbox"/> 大きなケガ <input type="checkbox"/> 大きな病気 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 手術歴あり <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 他の臓器疾患（ ）				
体 質	<input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他のアレルギー症状（ ） <input type="checkbox"/> 疲れ目 <input type="checkbox"/> 偏頭痛 <input type="checkbox"/> 咳や痰 <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> 不妊症				
生 活	<input type="checkbox"/> 強いストレス <input type="checkbox"/> 運動習慣なし <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 睡眠不足				

→裏面もご記入ください

## 初めて治療を受けるにあたって

本日は当院をお選びいただきありがとうございます。当院ではスムーズな治療を進めるために、いくつかご質問をさせていただいておりますので、ご協力をお願いいたします。

◆大切な注意事項です。必ずお読みになりチェック☑をしてください。

### 健康保険を使って治療を受ける際の注意事項

- ・交通事故や自己責任以外の負傷の時は、診療前に保険者に連絡してください。
- ・仕事中や通勤途中の負傷は労災保険扱いとなります。通勤先に労災申請をしてください。
- ・同じ傷病の治療で他の医療機関に通院されている方は、診療前にお知らせください。
- ・整骨院で健康保険が使えるものは、急性及び亜急性の外相性の打撲・捻挫・肉離れ・脱臼・骨折です。
- ・単なるコリ、疲労回復などのリラクゼーション目的、内果的要因による疾患では、健康保険は使えません。
- ・当院では治癒を早める為に保険治療の他に自費治療を併用しておこなっています。

☑  (チェック) 上記内容を確認しました。

◆現在の症状をどのようにしたいですか？当てはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 今回は応急処置として、痛みなどの症状だけ楽になればよい。
2. 症状が軽くなった後も、予防を兼ねた治療を定期的に受けたい。
3. 今回の症状に限らず、体質改善などを行い、根本的に健康になりたい。
4. リラックスしたい。癒されたい。
5. 治療期間が長くなっても、できるだけ治療費を安くおさえたい。
6. 治療費がかかっても、とにかく早く治したい。
7. 忙しいので、できれば自分のペースで通院したい。
8. 早く治すためなら、スケジュールを調整して指示通り通院したい。
9. わからないので相談したい。

◆今までに受けたことのある治療法すべてに○をつけてください。

1. 整骨院治療、
2. 鍼灸治療、
3. 整体、
4. カイロプラクティック、
5. マッサージ、
6. 漢方療法、
7. その他 ( )

◆後日、当院よりお知らせや特典等のDMやご様子伺いのお電話をさせて頂くことがあります。当てはまるものに○をつけてください。

1. 治療を受けてから考えたい。
2. 全て必要ない。
3. OKなものに○をつけてください。( ハガキ、ダイレクトメール等 ・ 電話 ・ メール ・ LINE )  
→メールアドレスを記入してください。( )

### 《HPを見てご来院された方へアンケートのお願い》

当院では『患者様により親切で分かり易いホームページ作り』のためのアンケートをお願いしています。お手数をおかけいたしますがご協力をお願いいたします。

◆検索ツールは何を使われましたか？

1. パソコン
2. スマートフォン
3. タブレット
4. その他 ( )

◆検索エンジンは何を使いましたか？

1. Yahoo!
2. Google
3. その他 ( )

◆検索ワードは何を記入しましたか？

( )

◆HP以外にご覧になったものがありましたら○をつけてください。

1. ブログ
2. Facebook
3. LINE
4. Instagram
5. Twitter
6. 口コミサイト ( )
7. その他 ( )

◆当院を選ぶ決め手になったのは何ですか？(複数可)

1. 治療方針
2. 治療内容
3. スタッフ紹介
4. 院内設備・雰囲気
5. 料金
6. 立地・アクセス
7. 患者様の声
8. ブログ記事
9. その他 ( )

ご協力ありがとうございました。