




問診表

平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平 年 月 日
住所	〒 □□□□ □□□□ (□ 大阪市此花区西島)		
電話	- -	職業	自営・会社員・主婦・学生・その他
1) どこが気になりますか？ 丸で囲んでください 	2) いつからの症状ですか？ 今日 1日前 3日前 1週間以内 10日以上 ()日前		
	3) どのような状態ですか？(複数可) 何もしなくても痛い 動かすと痛い 押すと痛い するどく痛い 重痛い 腫れている しびれる 力が入らない こり・張り感 だるい 疲れやすい むくむ 気持ち悪い		
	4) 現在の症状はどの程度か数字を丸で囲んでください 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 楽       苦痛 つらくない 少すつらい つらい かなりつらい 泣くほどつらい		
	5) この症状について病院・他の治療院を受診されましたか？ (はい・いいえ)		
6) 施術にさしつかえがある疾患・服用中のお薬など、あればご記入下さい <small>例)心疾患がある ペースメーカーを入れている 骨粗鬆症 妊娠など</small>			
7) 施術についてあてはまるものをお選び下さい(複数可) <input type="checkbox"/> 速効性や効果が最優先の治療が良い <input type="checkbox"/> 長い時間治療してほしい <input type="checkbox"/> 根本的な原因をとって再発しない体づくりを希望する <input type="checkbox"/> 体の歪みや姿勢が気になる <input type="checkbox"/> 鍼灸治療を希望 <input type="checkbox"/> 保険内治療を希望する <input type="checkbox"/> その他()			
8) その他気になることがあればご記入下さい			
9) 当院はどのようにして知られましたか？ (アンケートにご協力お願いします) 家から近い・会社から近い・看板・チラシ・ホームページ・紹介(様)			