**問診票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　生年月日：T　S　H　R　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 　　〒住所： |
| 電話：　　　　　　　　　　　　　　　職業：　　　　　　　　ご紹介者： |

**☆正確な状況を把握するために出来るだけ詳しくご記入ください。**

**☆原因のはっきりした受傷後2週間程度の損傷が健康保険の対象となります。**

①これまでのケガ・病気・事故・骨折の有無

➁手術の有無：

③内科・外科・耳鼻科などの病院への通院歴・既往歴

④常備薬・内服薬（用途・用量）

⑤睡眠時間（夜中に起きる回数・トイレに行く回数）：

⑥食欲はありますか？

⑦排便は定期的にありますか？（一日何回あるか）

⑧整骨院・鍼灸院・整体・マッサージなどの通院歴を全て記入してください。

⑨お酒・たばこの量：

⑩女性の方へ：妊娠の可能性・お子様への授乳の有無・出産経験の有無

⑪視力　右　　　左　　　　コンタクト使用：有無

⑫右の図に身体の気になる場所に印をつけてください。

⑬いつからの症状ですか？

⑭現在の症状を一番つらい症状から順番にご記入ください。

　その他、気になることをご記入ください。

※個人情報は厳守いたします。

市後﨑整骨院　院長