

# 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

②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

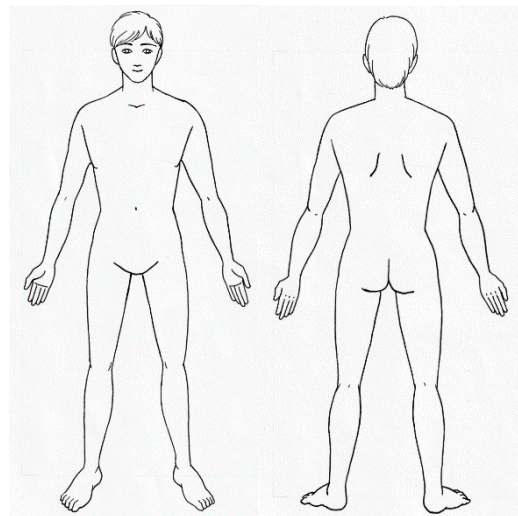
⑪視力 右 左      コンタクト使用：有無

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。

市後崎整骨院 院長