# 問診票

カルテ No【　　】

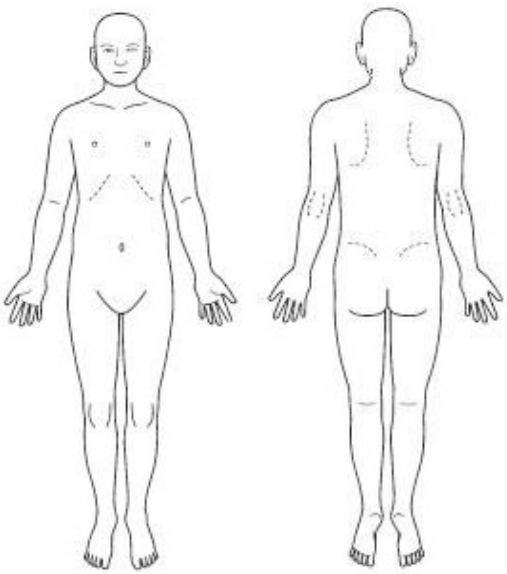
住所〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(カナ)

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日

身長＿＿＿＿＿ｃｍ　　ご職業　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1.　つらいところに〇をつけてください。　(複数可)



職員記入欄）

2.　今回の症状はいつ・どのようにして発生しましたか。原因のないもの・発生から月日の経つもの・痛みのない慰安目的のマッサージの場合は保険適応外になる場合がありますので保険診療をご希望の方はおおむね１週間以内で痛み、違和感を発生した日付と些細なことでも構わないので思い当たる負傷原因を必ずご記入ください。

例）　R〇〇年〇月〇日　・外出先で転倒して手をついた　・自宅にて動き出し初動時にズキっときた　など

(　　年　　月　　日　　)

※記入方法がわからない場合はスタッフまでお申し付けください。

3.　今回かかるところを整形外科・接骨院(整骨院)で診てもらったことがありますか。　(ある・ない)

医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診断名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4.　過去のけが・病気・手術・現在かかっているけが・病気などがありましたらご記入ください。

(糖尿病、心臓病、脳梗塞、リウマチ、肝炎、その他　　)

5.　現在何かスポーツはしていますか・それは毎日ですか・週何回ですか。

スポーツ種目(＿＿＿＿＿＿＿＿)　ほぼ毎日・週(　　)回　学校名(＿＿＿＿＿＿＿＿)小・中・高・大

チーム名(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

6.　通院についてお聞きします。可能な項目に　☑　を入れてください。

□毎日でも可能　　□週２～３回程度可能　　□週１回程度　　□月１回程度　　□次回来院は未定

7.　当院では通院時間の取れない方や症状が取れず困っている方、より早く回復に向かうために先進医療をはじめ各種保険外治療を導入しております。ご希望の項目に　☑　を入れてください。

□料金がかかっても短い期間で早く回復したい　□長い期間でもいいのでなるべく安価で気長に回復したい

□先生と相談してきめる　□保険外治療について詳しく聞きたい

8.　当院をどのように知りましたか。

□紹介　ご紹介者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　□クチコミ　□ホームページ　□通りがかり　□その他