Ｎｏ．　　問診表	初診日　平成　　年　　月　　日

フリガナ 氏　名　　様			被保険者・世帯主(カタカナで記入) 大・昭・平　　年　　月　　日　　才
住所	〒		
電話	自　宅： 連絡先：	職業	

ご来院のきっかけ

□ご紹介（ご紹介者名：　　）
□ホームページを見て（検索名：　　）
□看板を見て　□ﾁﾗｼを見て　□エキテンを見て
□近いから　□その他（　　）

◇次の質問にお分かりになる範囲でかまいません。ご記入並びに該当するものに〇をして下さい。

・いつ痛みましたか？	月　　日　午前・午後　　時　　分頃
・どこで痛みましたか？	自宅　会社　学校　路上　その他（　　）
・何をしていてですか？	作業　歩行　通勤　通学　部活　授業　その他（　　）
・どうしましたか？	転倒　転落　ひねる　打つ
・今どんな感じですか？	①非常に痛い　②じっとしても痛い　③動かせない ④我慢できるが動かすと痛い　⑤時々痛い　⑥痛くはないが不快な感じ

1.次の症状がある人は□内に印をつけてください。

《首・肩・腕》
□めまい・頭痛がする　□同じ姿勢でいると痛む
□肩があがらない　□腕，指にしびれがある
□首，肩を動かすと痛む　□手，肘を使うと痛む

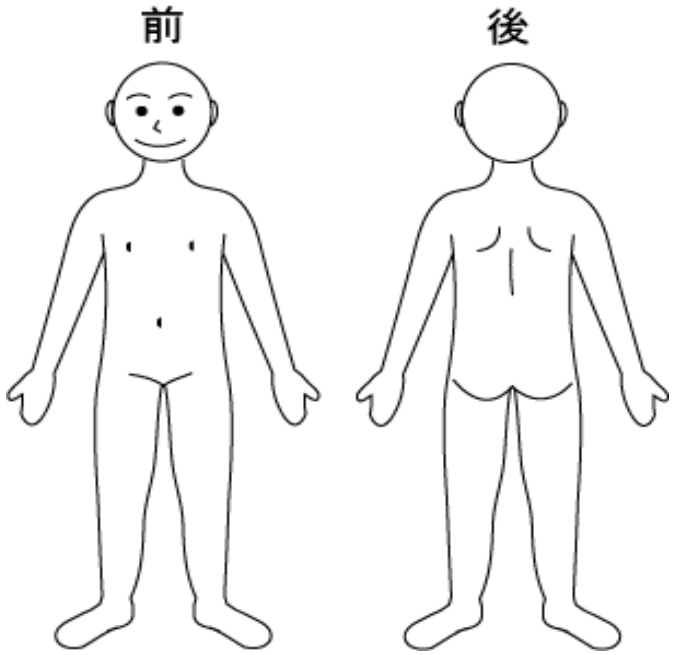
《腰・膝・足》
□正座ができない　□階段の登り、降りで痛む
□歩いていると痛くなる　□足が（だるい・むく
□おしりや足にシビレがある□立ち，座りで痛む

《その他》
□朝，夜痛む　□冷えると痛む
□生理痛がひどい　□おなかの調子が悪い
□その他（　　）

2.治療の参考に致しますので□内に印をつけてください。

□今回のケガ、痛みで他の医療機関にかかったことがある
（医療機関名：　　）
□これまでに大きな病気やケガ、手術をしたことがある
（病名：　　手術位：　　）
□アレルギーがある　□かぶれやすい
□現在、妊娠している　□血圧が（高い・低い）

※気になる部位に印をつけてください



□　鍼灸治療を希望
□　体のゆがみが気になる
□　その他　（　　）

・お読みになって、チェックお願いします。
□当院は姿勢・体の歪み矯正、痛み解消の専門院です。体の歪み、痛みの原因が慢性症状と診断された方に短期的に矯正、はりきゅう治療を行い、痛みを解消し、根本治療を目指します。その後は、メンテナンス（痛みを出さないための予防）を行います。
【例】腰痛の場合
●保険＋実費（基本８回のご来院が必要です）
→週２回（1ヶ月）→メンテナンス期間（月 1～2 回）

※保険治療併用の実費治療になります。
※回数券を利用することによりご負担は軽減されます。

所見

ありがとうございました。これらの事項は秘密厳守致します。