

# 【問 診 票】

ご来院日	フリガナ	生年月日
年 月 日	お名前	T・S・H 年 月 日
	〒	電話番号
ご住所		( )
被保険者の お名前	フリガナ	続柄
		本人 ・ 家族
		被保険者生年月日
		T・S・H 年 月 日
被保険者の ご住所	〒	被保険者電話番号
		( )

●痛みを感じた日時（分かる範囲で結構です）  
年 月 日 時ごろ

●痛みを感じた場所  
自宅 ・ 公園 ・ 道路  
その他 ( )

●痛みを感じたときの行動  
1.何をしていた・・・  
就寝中 ・ 家事中 ・ 歩行中 ・ 運転中  
(その他 ( ))

2.何をしたときに・・・  
起き上がる時 ・ 立ち上がる時  
かんだとき ・ 普通の状態  
(その他 ( ))

3.どうなった・・・  
転んだ ・ ぶつかった ・ 伸ばした  
ひねった ・ にぶく痛んだ

4.どうすると痛い・・・  
前に倒した時 ・ 後ろにそらせた時  
体をひねった時 ・ 体を横に倒した時  
その他 ( )

※当てはまるもの全てに○をつけてください。

●最優先に治療したい場所に○をつけてください。

●下記の中で、当てはまるものがある場合は、すべてに○をつけてください。

妊娠中・ペースメーカー使用中・ステント、避妊リング等の埋め込み金属あり・鍼が苦手

皮膚アレルギー ( ) ・ 電気刺激が苦手

過去に大きな怪我または病気をしたことがある。 ( )

薬を服用している。（薬の名前： )

その他治療中の病気 ( )

【アンケートにご協力ください】

●当院をお知りになった理由をお聞かせください。

ご家族の紹介 ・ ご友人、知人の紹介（お名前： ) ・ 看板を見て

インターネットを見て ホームページ ・ 口コミサイト ( ) ・ チラシを見て

ご協力ありがとうございました。