

# 問診票

受診日	年 月 日	No.	割
氏名	フリガナ	生年月日	S・H・R 年 月 日(才)
住所	〒	電話番号	

**●負傷の箇所にチェックをしてください**

- 首    肩    腰    背中    手    足    その他 ( )

**●気になるところにチェックをしてください**

- 頭痛    めまい(メニエール病)    喘息    難聴・耳鳴り    高血圧
- 自律神経失調症 ※下記の当てはまる項目に○を付けてください  
 (・不眠症・精神不安定・動悸・過呼吸・肌荒れ・頻脈・多汗症・冷え性・その他)
- 婦人科系のトラブル( )    更年期障害( )
- 胃腸の不調( )    頻尿    尿漏れ

**●その他**

- 現在病気はありますか? ( ) ←通院 ・有 ・無
- ペースメーカーをご使用の方    妊娠中の方    機械治療が苦手な方

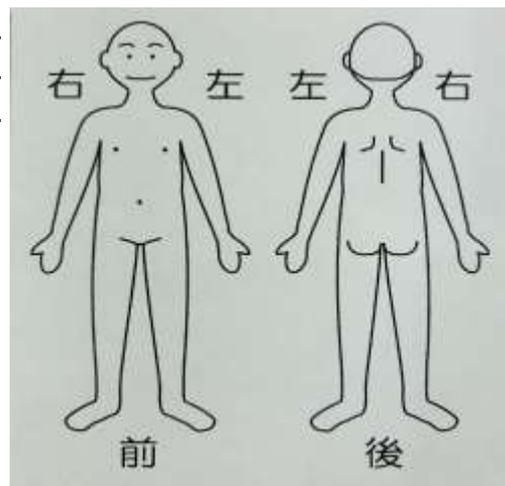
**●負傷の原因(いつ頃、何をして)**

-----

-----

-----

**●痛いところに○を付けてください**



**●当院のことを何で知りましたか?**

- ネットで調べた    本    その他
- 知人の紹介 \_\_\_\_\_ 様の紹介

**●領収書は必要ですか?**

- ※領収書は一ヵ月毎にまとめて翌月初めに発行します
- 必要    不要

**●ご質問・ご心配などございましたらご記入ください**

-----

-----

P

- 
- 
- 
- ・牽引 \_\_\_\_\_ KG    ・ローラー \_\_\_\_\_ )
- ・電気 (首・腰・左膝・右膝・ \_\_\_\_\_ )
- ・赤外線 (背中・腰部・左膝・右膝・ \_\_\_\_\_ )

