

No.

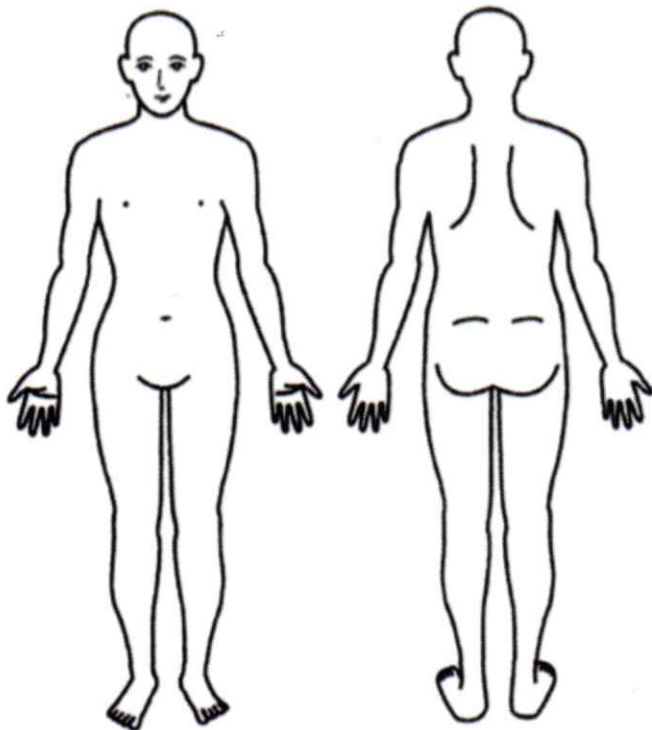
初診日 年 月 日

フリガナ			
名前			
住所	〒		
	E-メール (<input type="text"/> @ <input type="text"/>)		
固定電話番号			携帯電話番号
生年月日	T - S - H	年	月 日
			ご年齢 () 歳
血液型	A O B AB	女性の方: 出産歴 有-無 妊娠可能性 有-無	

●該当する項目に○をつけ、必要な点を教えてください。

- Q1. 当院を何で知りましたか？
- ・ホームページ
(キーワードは何ですか?)
 - ・紹介 (どなたの紹介ですか?) 様
 - ・その他 (チラシ・通りがかり等)

●本日はどうされましたか？
※痛いところに印をつけてください



- Q2. ご職業を教えてください。
- 座り仕事・立ち仕事・力仕事・営業・主婦・学生
その他 ()

Q3. 今どんな症状でどこが痛みますか？

Q4. いつ頃からですか？

- Q5. 今の症状で病院・他の治療院等で診てもらったことがありますか？
(整形外科・整体・カイロ・マッサージ・接骨院)
- ・はい→どんな事を言われましたか？
()
 - ・いいえ

※その他に症状や気になることがある方

〔当院記入欄〕

- Q6. 既往歴
1. 病気・手術など
 2. ケガ・手術など (ペースメーカー・金属・プラスチック)

※この個人情報は当院以外で使用することはありません。