

# 問診票

## おおさと接骨院



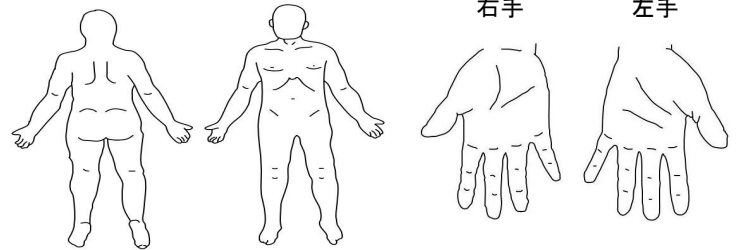
フリガナ	明治・大正・昭和・平成				
お名前	男・女	年	月	日	歳
ご住所	〒 -	電話(自宅)	-	-	
ご職業	施術同意署名	電話(携帯)	本人	-	-
		日中連絡のとれる電話番号を○で囲んでください。 自宅・携帯			
◆当院をどこでお知りになりましたか？		紹介・ホームページ・その他( )			

### 1) 症状をお伝え下さい

■どのような症状でお困りですか？

■お困りの部分を○で囲んで下さい。

- A  痛み
- B  筋肉の張り(肩こり/腰の張り/など)
- C  頭痛
- D  体調不良(疲れやすい/耳鳴り/など)
- E  その他



◆医療機関は受診されましたか？

はい(医療機関名: ) いいえ

- ・妊娠中又はその可能性がある
- ・ペースメーカーを使用している

- ・最近、大きな病気をした( )
- ・アレルギーがある( )

### 2) 症状の "Aにチェック" が入った方はご記入ください(保険治療となる場合があります)

- ①  いつ 痛めましたか？  
(7日以内の方のみ お願いします)
- ②  どこで 痛めましたか？
- ③  どのような動作で 痛めましたか
- ④  何度か同じような症状を経験したことはありますか？  
(あるに○をした方は お願いします)

ある ・ ない

※上記 "①②③にチェック" が入った方は保険治療とさせていただきます。

※上記 "④にチェック" が入った方は身体機能評価コース(自費)を合わせて評価することをオススメいたします。

### 3) 症状の "BCDEにチェック" が入った方はご記入ください(自費治療となります)

- ①  いつ頃から お困りでしたか？
- ④  何度か同じような症状を経験したことはありますか？  
(あるに○をした方は お願いします)
- ③  具体的な内容があればご記入ください

ある ・ ない

※症状の "Aにチェック" が入っている方は身体機能評価と脳・神経評価のWコースをオススメいたします。

※症状の "CDEにチェック" が入った方は脳・神経評価コースをオススメいたします。