

問診票

おおさと接骨院



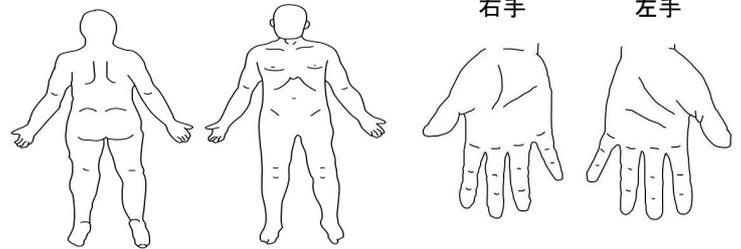
フリガナ	明治・大正・昭和・平成				
お名前	男・女	年	月	日	歳
ご住所	〒 -	電話(自宅)	-	-	
ご職業	施術同意署名	電話(携帯)	本人	-	-
		家族			
日中連絡のとれる電話番号を○で囲んでください。					
自宅・携帯					
◆当院をどこでお知りになりましたか？ 紹介・ホームページ・その他()					

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。