問診表

受付日　　年　　月　　日

ふりがな お名前	男・女	生年月日	大正・昭和 平成　　年　　月　　日
住所	〒		
お電話	(　　)　　－	携帯電話	－　　－
職業		趣味	
来院の きっかけ	紹介（　　様より）・看板を見て・チラシ・インターネット・その他（　　）		
ご希望がありましたら印をしてください。	□保険治療　□自費治療　□ハリ治療		

どのような症状でお困りですか？

□痛い　□しびれる　□はれ　□感覚が鈍い
□動きが悪い
□その他
(　　)

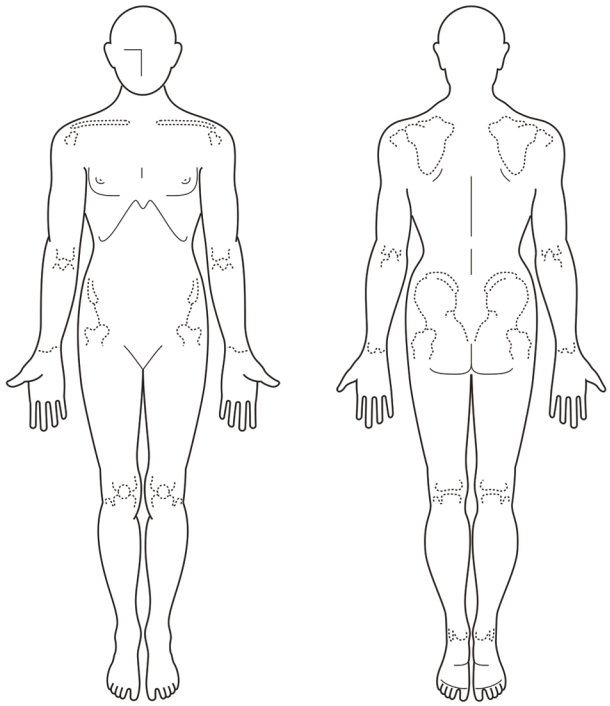
症状の出た原因を教えてください。

□立ち上がったとき　□重いものを持ったとき
□腕を上げたとき　□腰を下ろしたとき
□同じ姿勢を続けたとき　□寝ているとき
□運動していたとき（スポーツ名：　　）
□その他
(　　)

症状が出たのはいつごろですか？

□今日　□昨日　□２～３日前
□１週間前ごろ　□２週間前ごろ
□その他
(　　)

症状の出る場所に○をつけてください。



当てはまること、気になる事はありますか？

□頭痛　□めまい　□耳鳴り　□姿勢が悪い　□冷え性　□むくみ　□外反母趾　□O脚　□便秘　□ダイエット
□その他（　　）

治療中、または診断を受けた事のある病気はありますか？

□高血圧　□糖尿病　□骨粗しょう症　□脳疾患　□血液疾患　□心臓病　□肝疾患　□腎疾患　□悪性腫瘍
□リウマチ　□その他（　　）

なにか運動・スポーツをされていますか？	運動・スポーツ名(　　)　　回／週・月
治療の目標	□原因を知りたい　□姿勢を改善したい　□痛みや不快感をとりたい　□健康であり続けたい

女性の方へお伺いします。現在妊娠もしくは可能性がありますか？	いいえ ・ はい（　　ヶ月）

ご記入ありがとうございました。問診表は受付にご提出ください。
順番にお呼びしますので、おかけになってお待ちください。