

問診票

平成 年 月 日

ふりがな			
お名前	生年月日 大・昭・平 年 月 日生		
ご住所	〒 -		
お電話	() -	携帯電話	- -
メールアドレス	@		
来院動機	ホームページを見て ・ 紹介(様より) ・ チラシ ・ その他()		

最近整骨院に行かれたのはいつ頃ですか？	年 月頃
かかりつけの病院はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (病院名)
現在病院にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (の症状で)

あてはまるものにを入れてください。

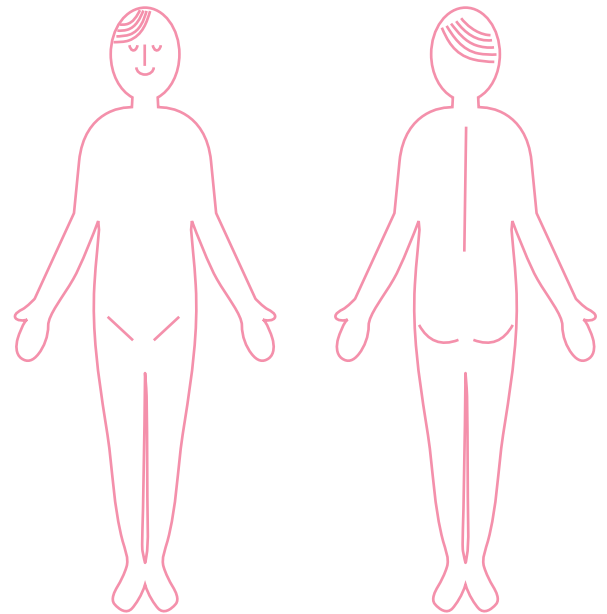
既往歴	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病	女性の方	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中である (カ月) <input type="checkbox"/> 現在授乳中である (カ月)
-----	---	------	--

治療について あてはまるものにを入れてください。

ご希望の治療方法をお選びください。
<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 骨格矯正 (音のならない矯正です。) <input type="checkbox"/> 痩身 <input type="checkbox"/> テーピング <input type="checkbox"/> 相談して決める
治療範囲についてお答えください。
<input type="checkbox"/> 悪いところは全部治療したい <input type="checkbox"/> 悪い部分のみを治療したい
治療費についてお答えください。
<input type="checkbox"/> 健康保険の範囲で治療したい <input type="checkbox"/> なるべく保険で、必要なら実費治療も希望する <input type="checkbox"/> 相談して決める
整骨院では外傷などの急性症状のみ保険適応となります。

特に気になる部分

調子が悪い部分に○をお書きください。



ご記入ありがとうございました。
後ほど詳しく聞かせていただきますのでおかけになってお待ちください。

※なまずえ鍼灸整骨院は、個人情報保護法に基づきカルテの内容と個人情報は秘密厳守とさせていただきます。

なまずえ鍼灸整骨院