

ふりがな _____

初・再診日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご氏名 _____ 生年月日 _____ 歳 (男・女) 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 才
ご職業 _____

ご住所 〒 _____ - _____

TEL _____ - () -
携帯 _____ - () -

・当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

- ①紹介 (ご紹介者様: _____ 様) ②ホームページ ③近所 ④看板 ⑤広告
⑥通りがかり ⑦その他(_____)

・来院の動機をお聞かせ下さい。(複数回答可)

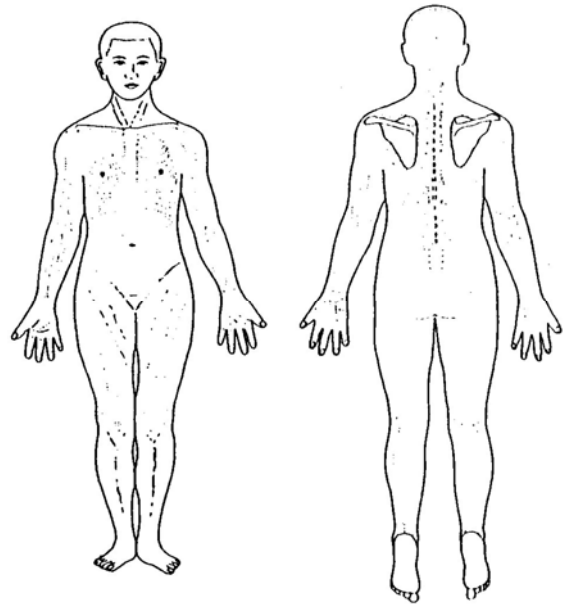
- ①症状の改善・緩和 ②健康維持・予防 ③リラクゼーション ④当院が以前より気になっていた
⑤その他(_____)

・現在の症状についてお聴きします。(※後ほど口頭にて詳しくお伺いします。)

□どのような症状ですか？ (右の人体図、痛む箇所に○をおつけください)

□いつ頃からですか？

□原因は何だと思われますか？



■治療や相談についてのご希望をお聞かせください

●治療について

- 現在痛い (つらい) ところ、こまっているところだけを治してほしい
□現在痛い (つらい) ところだけでなく 根本的な原因や体全体を治療してほしい
□現在の症状の改善だけでなく 再発予防や健康維持のための治療もしていきたい
□予防や維持のために自分で努力 (自宅ですること) を積極的に取り組みたい

□来院可能頻度 (週・月に _____ 回くらい ・ 必要に応じて)

□1回の治療時間は (30分くらい ・ 60分くらい ・ 必要に応じて)

□はり・灸は「こわい」印象があるので受けたくない

□はり・灸は「こわい」印象があるが 必要なら受けてもよい

□はり・灸はこわくないので受けたい

※二枚目に続きます

●健康状態についてお聞かせください

- ・現在の健康状態は
①良好 ②ふつう ③不良 ④疲れやすい ⑤ストレスを感じる
- ・今までに大きな病気をされましたか？
①いいえ ②はい (病名:)
- ・手術をしたことはありますか？
①いいえ ②はい ()
- ・大きな事故やケガはありますか？
①いいえ ②はい ()
- ・血圧値に異常はありますか？
①いいえ ②はい (血圧値: /)
- ・心臓疾患はありますか？
①いいえ ②はい (病名:)
- ・妊娠中ですか？
①いいえ ②はい (妊娠 か月)
- ・現在、通院中の病院・治療院はありますか？
①病院 (科) ②接骨院 ③鍼灸院
⇒院名:
- ・「かかりつけ医」はありますか？
①いいえ ②はい (院名:)
- ・現在服用されている薬 はありますか？
①いいえ ②はい (薬名:)
- ・今までに受けたことのある治療はありますか？
①マッサージ ②鍼灸 ③ほねつぎ ④整体 ⑤カイロ ⑥アロマオイルマッサージ
⑦インソール療法 ⑧その他 ()
- ・定期的に受けている検診はありますか？
①人間ドッグ ②胃がん ③大腸がん ④肺がん・結核 ⑤前立腺がん
⑥子宮頸がん/体がん ⑦乳がん ⑧歯周疾患
- ・現在 ご自身で健康維持や管理のためにおこなっていることはありますか？
(運動・スポーツ・健康法・サプリメント・食品・アロマ・グッズ)

●その他

- 姿勢やゆがみなど気になるので相談したい
- 外反母趾や足の痛みがあるので相談したい
- 歩き方のくせやO脚などが気になるので相談したい
- アロマに興味があるので説明を聞きたい
- 健康保険を適用したい

※鍼灸治療は、ご症状により健康保険が適用できます。その場合、医師の同意書が必要となります
後ほど、詳しく ご説明いたします。

●避けたい治療やご希望・その他 質問などございましたら お書きください。

ご記入頂きありがとうございます。

後ほど 治療師より直接ご記入いただきました内容について詳しくお話をお聴きします。

(ご記入頂きましたお名前、ご住所などの個人情報は個人の同意なく第三者に開示することはありません。)