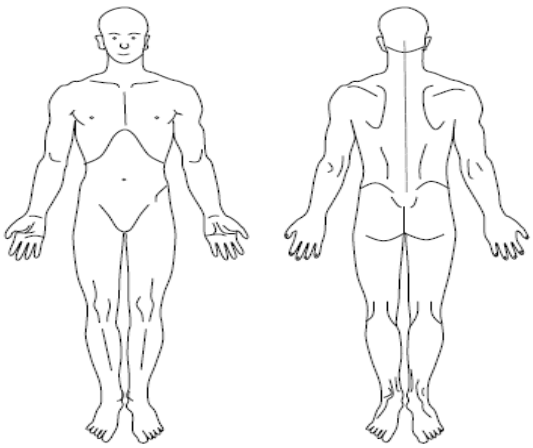
問 診 票

年　　月　　日		かなめ整体院
ふりがな お名前		生年月日（ T　S　H ） 年　月　日（　歳）
住所	〒（　ー　）	
電話番号	携帯 自宅	職種

当院を何で知りましたか。

看板 ・ ホームページ ・ 近所 ・ ご紹介 （　様 ）・ その他

1. 今回の来院で気になる箇所に〇をつけて下さい(複数可)



2. 〇をつけた箇所はどのような症状ですか？
（例：痛みがある･しびれる･動きが悪い）

3. その症状はいつからですか？ また思い当たる原因はわかりますか？

（ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

4. その症状は、どのような時に出ますか？

（ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

5. 今回の来院目的の症状で、今現在(過去に)治療を行っていますか？

いいえ ・ はい(どのような ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

6. 過去に(整体 ・ カイロプラクティック ・ 鍼灸 ・ マッサージ ・ 指圧)を受けたことはありますか？(複数可)

無 ・ 有 （ いつ頃 ： ＿＿＿＿＿＿ どのような症状で ： ＿＿＿＿＿＿ ）

7. 過去、現在で病気、ケガ、服用中の薬等ありますか？

病気　（ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

ケガ　（ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

薬　（ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

8. 当院の施術に求めるものはありますか？(複数可)

痛みを取り除きたい ・ 姿勢が気になる ・ 疲労回復 ・ 健康維持

その他（ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）

9. 骨格の矯正を希望しますか？　※矯正は必要な箇所を行います

いいえ ・ はい （但し、次の箇所のみ、お願いします ： 首　背中　腰　骨盤 ）