問診表

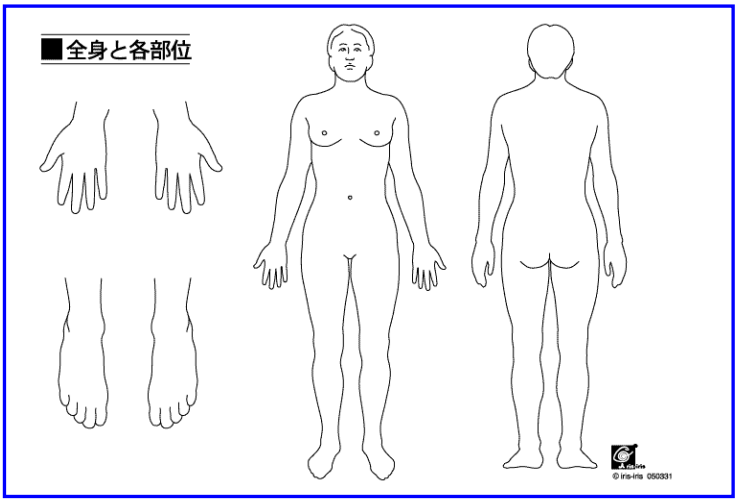
年　　月　　日

患者様の健康状態を把握し、より効率的・効果的な施術をするために、記入してください。
質問の内容がわからない場合は、丁寧にご説明しますので遠慮なくお尋ねください。

お名前	被保険者
〒　　- 住所	
電話　　-　　-	平・昭　　年　　月　　日生
メールアドレス 治療後のホームケアなどお知らせするため、ご記入お願いします。無料メール相談も可！	

当院を知ったきっかけに〇をつけてください
（　　様）の紹介　看板　ホームページ　口コミサイト　チラシ

図に痛い所、気になる所を〇して下さい



①当てはまるもの、全てに〇して下さい？
（　　）痛みやしびれを改善したい
（　　）肩こりなど体のコリの不快感をなくしたい
（　　）疲れやすい体質を改善したい
（　　）体のゆがみを骨盤矯正などで正したい
（　　）ダイエットで痩せたい
（　　）スポーツでレベルアップしたい
（　　）交通事故のケガを治療したい。
※交通事故のケガは無料になる場合があります

②状態は、口じっとしてもつらい　口動かすと痛い

③いつからですか？　　年　月　日　時頃から

④現在の状態で当てはまるものに〇をしてください

・首こり首痛	・腕の痛み	・頭痛	・しびれ	・ほてり	・耳鳴り	・生理痛
・肩こり肩痛	・手肘痛	・目の疲れ	・めまい	・息切れ	・胃痛	・冷え性
・背中痛コリ	・膝痛	・鼻炎	・ふらつき	・咳込む	・腹痛	・歯痛
・腰痛	・足の痛み	・花粉症	・倦怠感	・動悸	・便秘	
・お尻の痛み	・足のむくみ	・吐き気	・イライラ	・不眠	・下痢	

⑤日常生活・お仕事についてよくすること　・血圧　最高　　最低
（
・立つ　・重たいものを持つ　・妊娠（　　週）　・趣味（
・座る　・パソコンスマホ　・睡眠　約　　時間　・喫煙　（1日　　本）
・運転　・本や新聞　・食欲　旺盛　普通　ない　・飲酒　毎日　時々
・介護　・育児中　・セルフケア（

⑤当院以外の整体院・整骨院（接骨院）・整形外科・その他病院に通院していますか？
どこへ・いつまで：

・大きなケガ、病気、お薬（
※現在、整骨院（接骨院）に通院し、保険診療を受診中の方は２重診療のため、保険診療は受けられません。