

全快堂整骨院問診表

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
氏名		電話	()				
		携帯	()				
現住所	〒 -		来院の きっかけ	1.看板 2.ホームページ 3.エキテン 4.チラシ 5.情報誌 6.ご紹介()様			
職種・主な作業			スポーツ歴				

下記の質問事項にお答えください。分からないところは空欄でも結構です。(複数回答可)

痛み、つらさはいつからですか？

・今日 ・昨日 ・2日前 ・3日前 ・4日前 ・5日前 ・6日前 ・1週間前

・その他(月 日)

1週間以上前の症状は保険適応外になる場合があります。

どこが痛いですか？(右の図に をつけて下さい)

どこで痛めましたか？

・自宅 ・寝室 ・居間 ・お風呂 ・外出先 ・歩道 ・ジム ・自転車

・学校 ・グラウンド ・教室 ・部活中 ・その他()

どのようにして痛めましたか？

・転んだ時 ・ものを持ち上げた時 ・走った時 ・立ち上がろうとした時

・朝起きた時 ・スポーツをした時 ・中腰になった時 ・振り返った時

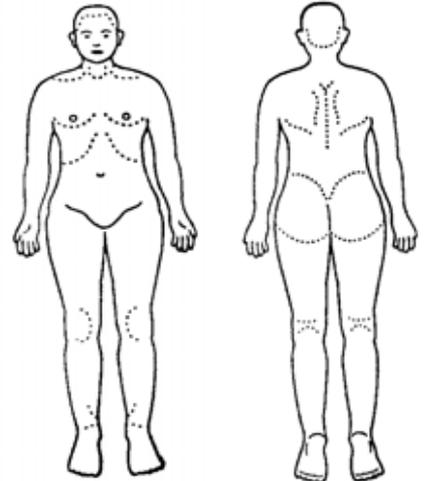
・引っ張った時 ・押した時 ・その他()

・交通事故 自賠責保険が適応になります。

どのようにすると痛いですか？

・曲げる ・伸ばす ・ひねる ・引っ張る ・押す ・蹴る ・上げる

・歩く ・回す ・のぼる ・おりる ・立つ ・その他()



上記の症状で他の医療機関に行きましたか？ (はい・いいえ)

または、現在も通院中ですか？ (はい・いいえ)

他に現在治療中(薬の服用等)のものはありますか？ (はい・いいえ)

過去に大きな病気、入院、けが、交通事故等の経験はありますか？ (はい・いいえ)

どのような治療を希望しますか？

・保険外治療を希望する

・保険外治療を希望しない

・当院に任せる

・わからないので、相談して決めたい

他に何か気になることはありますか？

ご回答、ありがとうございました。

院