

# 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

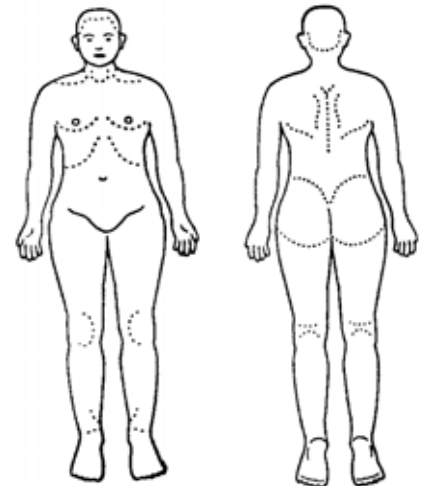
・引っ張った時 ・押した時 ・その他( )

・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