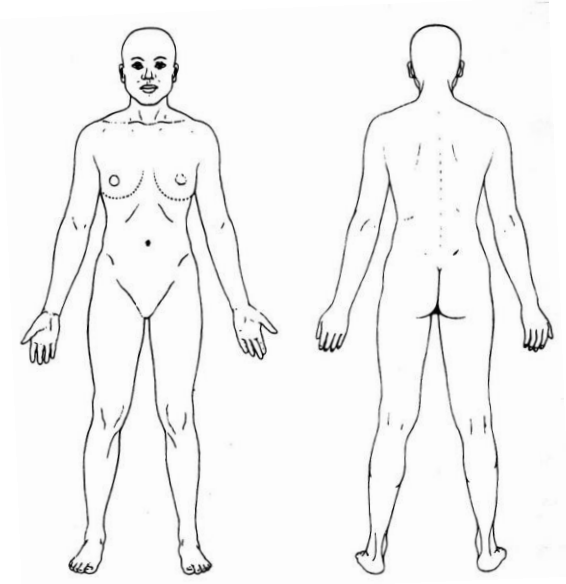
問　診　票

《 以下の質問にお答えください 》

1）痛い箇所はどこですか？
下の人体図に〇を付けてください。



（右）　（左）　（左）　（右）

2）痛めた原因について

①いつ？

今日 ・ 昨日 ・（　　月　　日頃）

②どこで？

（　　）

③何をして痛めましたか？

・転んで
・物を持ったとき
・腕を挙げたとき
・歩行中に
・階段で（上り・下り）
・起き上がったとき、立ち上がったとき
・寝違え
・ぶつけて
・スポーツ（　　）
・その他（　　）

※痛めた原因が不明の場合や特に何もしていない場合は健康保険が適用されません。

3）今回の痛みに関して、他の医療機関（整形外科、整骨院など）を受診しましたか？

いいえ ・ はい

4）以前大きなけがや病気をしたことはありますか？

いいえ ・ はい（傷病名　　）

5）女性の方へ　現在妊娠中または授乳中ですか？

いいえ ・ 妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

6）施術後の領収証について

不要 ・ 必要（ 毎回 ・ 月毎にまとめて ・ 年毎にまとめて ）

7）ご紹介者

（　　さん ）

※以下の場合、健康保険が適用されない場合がありますので、受付にお問い合わせください。
単なる疲労、慢性的な痛み、原因不明の痛み、仕事中・通勤中のけが、交通事故によるけが　等
※健康保険適用外の場合は自費での施術となります。料金等不明な点についてはお問い合わせください。

以上の内容をご理解いただきましたらご署名をお願いいたします　　年　月　日

フリガナ 氏　名　　男・女	住所　〒	
生年月日　大正 昭和 平成　年　月　日（　才）	電話番号 （　　）	職業

No.

ファミリー整骨院
FAMILY SEIKOTSUIN