



ハート接骨院 問診票

年 月 日

フリガナ お名前		男 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	体温 ℃
住 所	〒 -		電 話		
			E-mail		
職 業	会社員・自営業・学生・主婦・パート・その他 ()			趣味	
1. 最適なアドバイスを提供していくために、お仕事の具体的な内容をお書きください。					
2. 年に1~2度季節のお手紙やメールをお送りしてもよろしいでしょうか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3. どのようにしてハート接骨院を知りましたか？ <input type="checkbox"/> 紹介 () 様 <input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> ホームページ (PC・携帯・事故専門) 「 」と検索 <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> 近く (会社・自宅) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ()					
4. 施術の前に私達との気持ちのずれが無いように、当院に期待されていることに全てチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> まずは今の症状を改善したい <input type="checkbox"/> 症状改善だけでなく再発しないようにしたい <input type="checkbox"/> 定期的に身体のメンテナンスをして理想の生活を生涯送りたい					
5. 今回はどのようなことでお困りでしょうか？ <input type="checkbox"/> 交通事故でのケガ <input type="checkbox"/> 体の痛み [頭・あご・首・肩・背中・肘・手首・腰・股関節・ひざ・足] <input type="checkbox"/> スポーツ障害 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 猫背 <input type="checkbox"/> 背骨や骨盤のズレ <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃腸の不調 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 外反母趾 <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 自律神経の乱れ <input type="checkbox"/> 姿勢やゆがみのチェックをして欲しい <input type="checkbox"/> その他 []					
6. いつからお困りですか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> おととい <input type="checkbox"/> 約1週間前 <input type="checkbox"/> 約2週間前 <input type="checkbox"/> それ以前 [] 頃から					
7. 原因に心当たりがあればお書きください。					
8. この症状に関して他の医療機関を受診されましたか？ 院名 [] いつ [月 日頃] 検査 [レントゲン・MRI・CT・その他]					
9. 当てはまる項目にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 動脈瘤 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> ぎっくり腰 <input type="checkbox"/> 手術歴 [] <input type="checkbox"/> その他 []					
10. 今までに交通事故に遭われた経験はありますか？ <input type="checkbox"/> 自分がある [事故日 S・H・R 年 月] <input type="checkbox"/> 家族・親戚がある <input type="checkbox"/> 知人がある <input type="checkbox"/> 全くない					
11. 施術方法についてお尋ねします。背骨の施術の際に音が鳴るような施術方法を用いてもよろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> 全ての箇所で大丈夫 <input type="checkbox"/> 首だけは除く <input type="checkbox"/> 全てのぞく (優しい施術希望) <input type="checkbox"/> 一度受けてみて相談したい。					
12. その他に希望・期待されていること、または問診時に聞きたいことをお書きください。 例) 骨盤矯正して欲しい。○日の大会に間に合わせたい。トレーニング指導をして欲しい。					
13. 当院ではあなたに合わせた最適な施術計画を提案いたします。差し支えない範囲で○をつけてください。 来院しやすい曜日 [月 火 木 金 土] 来院しやすい時間帯 [AM 9-10-11-12 PM 3-4-5-6-7-8]					
14. 健康を手に入れたらどんな事に力を注ぎたいですか？ <input type="checkbox"/> 普通の生活 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 学業 (勉強) <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 子育て <input type="checkbox"/> その他 []					
15. 女性の方のみお答えください。 <input type="checkbox"/> 妊娠している <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 出産の経験がある <input type="checkbox"/> 妊娠していない [お子様 人 才]					
16. 最後に、本日施術を受けずに問診のみで帰られた場合にも相談・検査料として3,300円 (税込) 頂いておりますが、ご了承いただけますか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	