



フリガナ お名前		男 女	生年月日	西暦	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. 一番最初にハート整体院を知ったきっかけを教えてください。例) ハートに通っている知人から「いいよ」と聞いた。 ( ) その他、来院しようとするきっかけになったもの全てにチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 紹介 ( ) 様 <input type="checkbox"/> 評判 <input type="checkbox"/> インターネット「 」と検索 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Yahoo! <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 近く (会社・自宅)								
3. 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								
4. 今回はどのようなことでご来院されましたか？優先順位をつけてお書きください。								
【お悩み】 例) 首の痛み			【それによって具体的に困っていること】 例) 車の運転の際、後方確認ができない。					
1								
2								
3								
5. 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"/> それ以前 [ 頃から]								
6. 原因に心当たりがあればお書きください。								
7. 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 ]								
8. その他、体のお悩みや病歴で当てはまる項目にチェックを入れてください。(いくつでも可) <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 冷え <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 運動不足 <input type="checkbox"/> 体重増加 <input type="checkbox"/> 姿勢が悪い <input type="checkbox"/> 骨盤のゆがみ <input type="checkbox"/> 顔のゆがみ・大きさ <input type="checkbox"/> O脚 <input type="checkbox"/> 痩せにくい <input type="checkbox"/> 体力低下 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 疲れが取れにくい <input type="checkbox"/> 巻き爪 <input type="checkbox"/> 体がかたい <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"/> 手術歴 [ ]								
9. 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。								
10. 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。O日の旅行に間に合わせたい。トレーニング指導をして欲しい。姿勢の歪みのチェックをして欲しい。								
11. 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 ]								
12. 健康を手に入れたらどんな風に生活が変わると期待しますか？ 例) 行きたかった旅行に行けるようになる。								
13. 女性の方のみお答えください。 [お子様 人 才] <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								