

< 予診票 >

初検日 年 月 日

フリガナ _____

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日

ご住所 〒 _____ (市町もしくは区から必ずご記入ください)

【職業】 ○印をしてください

会社員・自営業・学生・主婦

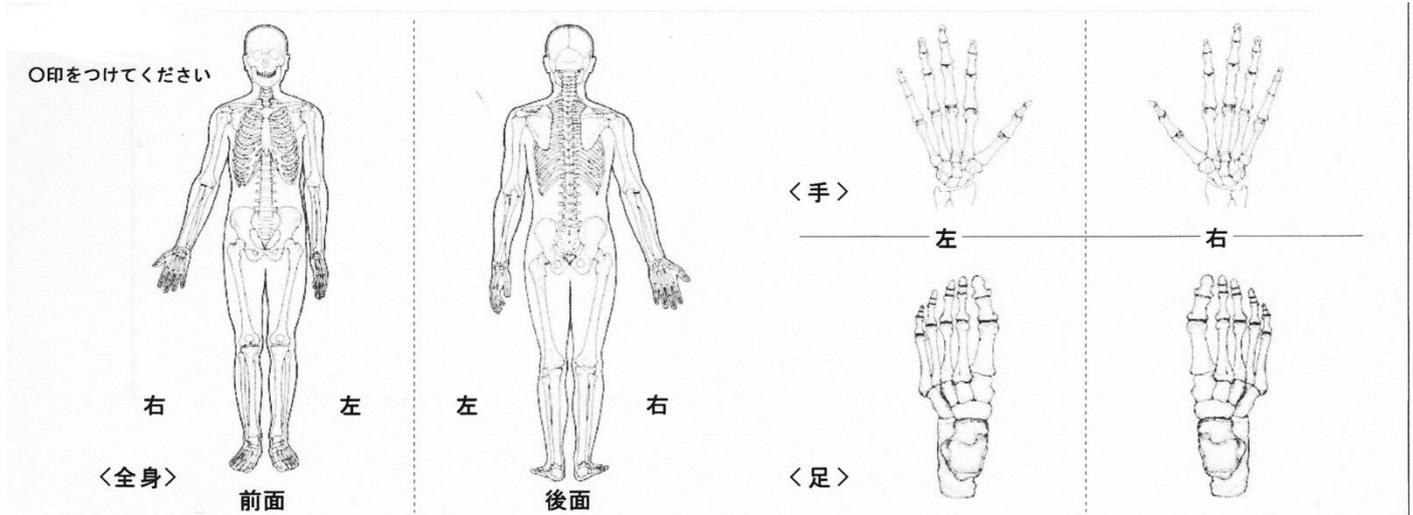
その他 (_____)

自宅電話 _____

携帯電話 _____

- ① 今回はどのような症状で来院されますか？ □にチェックをしてください（複数可）
□頭痛 □肩こり □腰痛 □五十肩（左・右） □肘痛（左・右） □膝痛（左・右）
□手の痺れ □足の痺れ □交通事故治療 □産後の骨盤矯正 □マタニティ整体
□美脚矯正 □小顔矯正 □顎関節症 □メンテナンス □その他 (_____)
- ② その症状が現れたのはいつからですか？（例 「○月×日 AMO：□△ごろ」）
- ③ どこでどのようにして症状を訴えましたか？（自宅、職場など）

- ④ 痛みなどの症状がある箇所に○印をしてください



- ⑤ 過去にお怪我や病気などをされた事がありますか？（子供の頃の怪我を含む）
（どちらかに○を囲って下さい）
- ・ ない
 - ・ ある

※ 「ある」と回答された方は、いつお怪我や病気をされたのか記入して下さい。
（例）「3年前にギックリ腰をした」、「子供の頃に右手の指を骨折」など

