

問 診 票

記入日: 年 月 日

フリガナ

氏名: _____ (男・女)

生年月日: (M・T・S・H・R) 年(西暦: 年) 月 日 (歳)

住 所: 〒 _____

連絡先: (TEL) _____ (Mail) _____

学校名: _____ (学年 年) または 職業: _____

1. 当院をどのように知りましたか?

(_____)

2. 気になる場所はどこですか?
右の絵に丸印をつけてください。

3. どのような症状がありますか?

(_____)

4. いつ頃から気づきましたか?

(_____)

5. 何か思い当たる原因はありますか?

(_____)

6. 今回の症状で、病院や他の治療院、接骨院等での診察・治療を受けたことがありますか?

ない・ある →(病院・治療院: _____)

(診断: _____)

7. 今回の症状とは別に、今までに大きな病気やケガをしたことがありますか?

(_____)

8. 現在しているスポーツについて

スポーツ名(_____) いつ頃から始めましたか?(_____)

ポジション/専門種目(_____) レギュラーですか?(はい・いいえ)

所属チーム名(_____) コーチ又は先生の名前(_____)

チームの主な成績(例:熊本市優勝)(_____)

個人の主な成績(例:熊本県選抜)(_____)

練習日(月・火・水・木・金・土・日) 回/週 (朝練: _____ 回/週)

練習時間 平日 時間 休日 時間

9. 今までしたスポーツについて

	スポーツ名	チーム名	ポジション/専門種目
小学校	(_____)	(_____)	(_____)
中学校	(_____)	(_____)	(_____)
高校	(_____)	(_____)	(_____)
大学	(_____)	(_____)	(_____)
	(_____)	(_____)	(_____)

10. 希望のコース、目的について (○をつけてください)

30分 ・ 45分 ・ 60分 ・ 90分 ・ 120分

マッサージ ・ 鍼 ・ 灸 ・ トレーニング ・ 電気 ・ テーピング

リラクゼーション ・ 痛みをとりたい ・ 競技復帰のトレーニング、リハビリをしたい ・ ケガの予防トレーニングをしたい

熊本市国保/後期高齢者医療あはき施術費助成 ・ 保険治療(事前に医師の同意書が必要となります)

*ご記入いただいた個人情報は、当院内でのカルテ管理や当院ご案内等の利用目的以外では使用しません。

*施術・トレーニング記録などは、氏名・生年月日等の個人情報を削除し、個人が特定されない状態で、学術研究等に使用させていただく場合がありますので予めご了承をお願い致します。
たけスポーツ鍼灸マッサージ院