

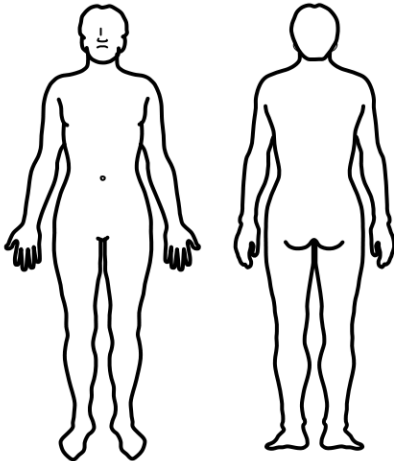
## つつじ野接骨院・鍼灸院 質問票

おわかりになる範囲で結構ですので、記入をお願いいたします。

平成 年 月 日

フリガナ				男・女
お名前				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日( 歳)
ご住所	〒 —			
電話番号	( ) — ( ) — ( )			
e-mail				
ご職業				
スポーツ歴				
当院をお知りになったきっかけ ( )様の紹介・インターネット・その他				

具合が悪い箇所を○して下さい



●今日はどうされましたか。

●それはいつ頃からですか。

今日・昨日・2日前・1週間前・その他( )

●どこで起こりましたか。

●何をしている時ですか。

●どのようになりましたか。

●今回のことで、以前と比べて普段の生活でしにくくなったことがありますか。

●当院に来院されるまでに医療機関にかかられましたか。

はい・いいえ

●今までに大きな怪我や病気をされたことはありますか。  
(ある方は具体的に書いて下さい)

ある・ない

●現在、他の医療機関に通院されていますか。

はい・いいえ

●該当する項目はありますか。あれば○して下さい。

ペースメーカー・人工骨頭・人工関節のいずれかが入っている

糖尿病 高血圧 心疾患 肝疾患 腎疾患 関節リウマチ 尿障害 がん

●保険適用外の施術(鍼灸、認知動作型トレーニングなど)を希望されますか。

希望する・希望しない・わからない