

# 問 診 票

大切なお身体を治療する為に必要な情報です。ご協力をお願いします。

**当院では医学的根拠（エビデンス）のある治療を行っております。非医学的な考えは一切持っておりません。**

ふりがな		ふりがな	
受診者氏名		世帯主氏名	
性別	男 ・ 女		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( ) 歳		
住所	〒 — —		
電話番号	— —		
携帯電話	— —		
学校名/職業		部活/スポーツ	

1、 痛みの場所、診察してほしい場所はどこですか？

--

2、**負傷原因** ※負傷した原因がない慢性的な肩こり、腰痛、慰安目的などの場合保険適応外(自由診療)になります。

いつ 月 日

どこで ( )

何をしていて ( )

どうなった ( )

3、今回の受診内容について、他の医療機関（整形外科や接骨院等）を受診されましたか？

受診した ・ 受診していない

受診した医療機関名を教えてください ( )

4、現在、治療中の病気やケガ、又は過去の病気やケガはありますか？ なし ・ あり

病名 ( ) いつ頃 ( )

5、いつまでに治したいですか？

再発しないよう急がず治したい  月 日までに治したい 痛みをなるべく早く改善したい

6、**該当するものにチェックを入れてください。**

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 健康保険での診療    | <input type="checkbox"/> 保険外（自由）診療     | <input type="checkbox"/> エコー検査         |
| <input type="checkbox"/> リズナブルに治療したい | <input type="checkbox"/> 根本的な治療をしたい    | <input type="checkbox"/> 痛めにくい身体作りがしたい |
| <input type="checkbox"/> 野球肘検診       | <input type="checkbox"/> 運動療法・ストレッチの指導 | <input type="checkbox"/> 交通事故・労災・生活保護  |
| <input type="checkbox"/> 電気治療がニガテ    | <input type="checkbox"/> 皮フが弱い         | <input type="checkbox"/> 傷害保険の診断書の請求   |

7、当院をどのように知りましたか？

紹介 ホームページ Google Instagram 近所（自宅・会社）その他 ( )

※紹介者 ( ) 様

お手数ですが、2枚目の記入をお願い致します。

8. 通院治療が必要だと判断された場合どれくらい通院が可能ですか？

- 毎日
- 週3~4日
- 週2~3回
- 週1~2回
- 月1回

9. 今の痛みに対しての考え方について教えてください（複数可）

基本は先生が状態を確認し症状に合った最適な治療プランを組みます

- 先生に任せる
- 少しでも早く治したい
- 通院回数を少なくしたい
- とにかく治療効果を最優先したい
- この痛さ（辛さ）をなんとかしたい
- 痛みがとれた場合、今後メンテナンスでも通いたい
- 今の痛みが取れたら、体質を改善して痛みの出にくい身体にしたい

10. 交通事故治療について

- ・交通事故に遭った場合、窓口負担0円で治療が受けられることをしていますか？  
(はい・いいえ)

◎ご記入いただきありがとうございました。

ご記入が終わりましたらスタッフにお声がけください。

◎わからないことは受付にお尋ねください。