

# < 予 診 票 >

記入日：令和 年 月 日

☆この個人情報は患者様の適切な施術のためだけに使います。他の目的に使用する事はありません。

ふりがな 氏 名	住 所：〒
・生年月日：S・H・R 年 月 日	・年 齢： 歳 ・性 別：男・女
・電話番号：	・ご職業：
・メールアドレス； @	

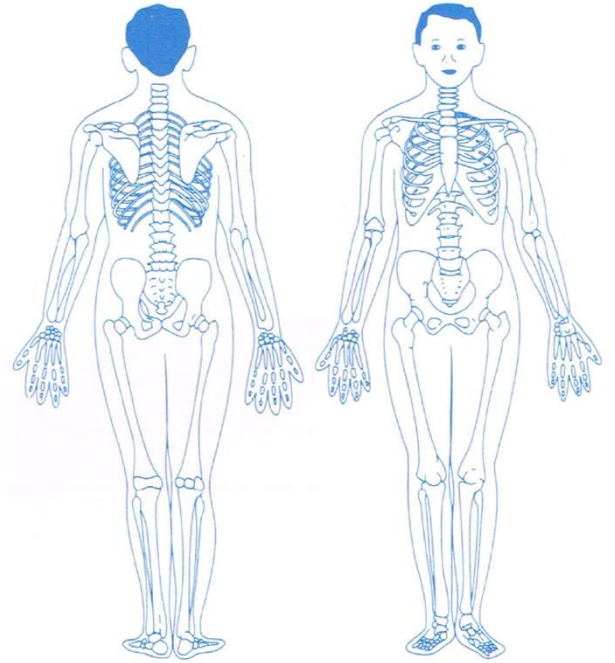
☆お休みのご連絡。健康のお役立ち情報等をお知らせします。

【ふく山接骨院 ほどの様にお知りになりましたか？（複数回答可）】

- ・紹 介(紹介者お名前 )
- ・以前来ていた( 年 月ころ)
- ・当院HP
- ・Google
- ・看 板
- ・その他( )

【あなたの症状を教えてください。】

- ・どこが痛いですか？・いつから痛いですか？
- ・身体の図に、症状の場所の○印を付けて下さい。
- ・どんな症状ですか？



①痛 い 所：  
いつから：  
症 状：

②痛 い 所：  
いつから：  
症 状：

③痛 い 所：  
いつから：  
症 状：

【今回の痛い患部を他の医療機関で「検査・治療・お薬」等を受けましたか？】

- ・受けてない
- ・受けた( 月 日：医療機関名 )

【過去の病気・症状を教えてください。当てはまる症状に○を付けて下さい。】

- 頭痛・顎関節症・耳鳴り・難聴・めまい・鼻つまり・高血圧・糖尿病・痛風・高脂血症
- 脳卒中・リウマチ・ぜん息・うつ病・心臓・腎臓・肝臓・胃
- 婦人科系(過去の病気 )・その他( )

【痛み・症状が消えたら何をしたいですか？】( )

私は下記内容を理解した上で施術を受けます。(□にチェックして下さい。)

- ・全力で施術を致しますが、必ず良くなるというお約束はできません。
- ・痛み・症状によっては、必要な場合は他の医療機関をご紹介致します。
- ・施術期間・治療計画等は目安であり変更する場合があります。

☆ご不明な点あれば、ご遠慮なくお尋ねください 【ふく山接骨院：048 - 663 - 3055】