No.　　年　　月　　日

問　診　票

クララ整骨院

フリガナ 氏 名　（ 男 ・ 女 ）	生年月日　（ 明治・大正・昭和・平成 ） 年　　月　　日（　　歳）

住 所　〒□□□-□□□□　マンション名や部屋番号までご記入ください。

職 業　□自営業　□会社役員　□会社員　□公務員 □パート / アルバイト　□主婦（夫） □学生　□無職　□その他（　　）	電話番号　（自宅）　—　— （携帯）　—　—

当院を知ったきっかけはなんですか？　□ぱど　□タウンニュース　□近所（自宅／勤務先）　□HP　□インターネット検索（　　）※検索ワード　□その他（　　）

ご紹介でのご来院の方は、ご紹介者様のお名前を教えてください。
□家族 □同僚 □友人 □知人 □その他（　　）

ご紹介者様　フリガナ
氏 名

該当項目に○またはご記入をお願いいたします。

Q1.　お辛い箇所・症状は？
痛い　・　しびれ　・　だるい　・　凝ってる　・　重い　・　動かない
その他（　　）

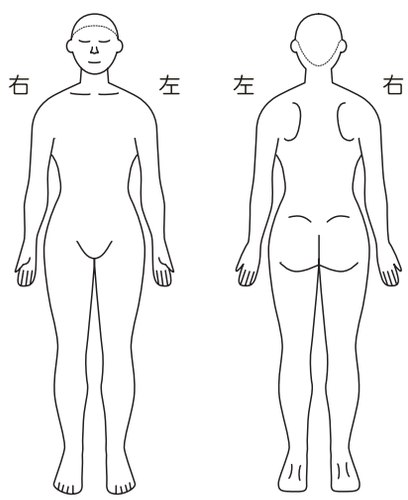
Q2.　Q1 はいつからですか？
年　　月　　日　　週間前　　ヶ月前

Q3.　Q1 の症状で辛い動作はありますか？
（例）　中腰姿勢で前屈みになった際に痛い。

Q4.　気になるボディバランスは？
姿勢・骨盤・O 脚・X 脚・体重・体型・その他（　　）

Q5.　他に気になる悩みはありますか？
頭痛・眼精疲労・生理痛・冷え性・むくみ・その他（　　）

現在症状の有る場所に○をしてください



Q6.　今までに下記の病気やケガをした事はありますか？
あり　・　なし
ヘルニア（首、腰）・分離症・すべり症・脊柱間狭窄症・骨粗しょう症・自律神経失調症・むち打ち・ぎっくり腰
寝違え・骨折・脱臼・狭心症・脳血管障害・ガン・動・静脈瘤・てんかん・高血圧・低血圧
その他（　　）

Q7.　過去に大きな手術のご経験はありますか？	はい　・	いいえ
Q8.　ペースメーカーを使用されてますか？	はい　・	いいえ
Q9.　体内に金属はありますか？	はい　・	いいえ
Q10. 現在妊娠の可能性はありますか？	はい　・	いいえ
Q11. 服用中の薬はありますか？	はい　・	いいえ
Q12. お着替のご希望はありますか？	はい　・	いいえ → ズボン　（ M ・ L ・ LL）
■保険診療は希望しますか？	はい　・	いいえ
■カイロプラクティック（骨盤矯正）は希望しますか？	はい　・	いいえ
■個人情報の取り扱いについて承諾されますか？	はい　・	いいえ