

治療事前アンケート

当フリガナ

氏名 _____ 性別 男・女 電話番号 _____

〒 _____ 住所 _____ 職業 _____

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ (_____ 才) 趣味 _____

【必須項目】当てはまるものはどれでしょうか？

効果が最優先で料金は気にしない 効果よりも値段の安い治療をしてほしい 先生と相談する

【必須項目】当てはまるものはどれでしょうか？

この辛さを何とかしてほしい 長年悪いので当院が最後の治療院にしたい
 気長に通いたい 今の状態から悪くならないように予防したい
 体のチェックをしてほしい 治すよりもマッサージしてほしい
 その他 (_____)

【必須項目】今、どこが気になるでしょうか？どのような症状でしょうか？

交通事故でのむち打ち症状 首・肩・背中
 腰痛・ぎっくり腰の症状 股関節
 太もも・ひざ・ふくらはぎ・足首 腕・肘・手首
 しびれ 腱鞘炎
 スポーツ障害 背骨や骨盤のズレ
その他 (_____)

【必須項目】いつから痛みますか？※急性はいつ痛めたかはっきりしている症状。亜急性はいつ痛めたかわからない症状。

急性・亜急性 (今日・昨日・おととい・約1週間前・約2週間以上前から)

【女性限定質問】気になるところ、興味があるものは？※当院でも通院しながら改善が可能な項目です。

美容・ダイエット 小顔・顔の左右差・フェイスライン・エラ・ほほ骨のでっぱり
 肌荒れ・吹き出物 顔のむくみ・足のむくみ・冷え性
 生理痛・生理不順・便秘 その他 (_____)