

松岡カイロプラクティック初回調査表

フリガナ		初診	年	月	日
氏名		当院を何で知りましたか？ 紹介者 様 ・ホームページ ・エキテン			
生年月日	大 昭 平	年	月	日	年齢 歳 男・女 既婚・未婚
〒		TEL	-----		
住所		携帯	-----		
携帯メールアドレス					

あなたの健康状態を把握し、ベストな施術を行うために必要な情報です。できるだけ、全てご記入下さい。
ご記入いただいた個人情報を第三者に譲渡、公開することはございませんので安心してご記入下さい。

◎今日はどんな症状で来院されましたか？

例) ギックリ腰

◎それは、いつ頃からですか？ 例) 2日前から

◎どこでそうになりましたか？ 例) 職場で

◎どの様になったのですか？ 例) ひねった

◎現在の症状で病院などにかかりましたか？

はい・いいえ

整形外科・病院・整体・カイロプラクティック
鍼灸・整骨院・マッサージ・その他

◎現在何かの疾患で医療機関にかかっている方は以下にご記入下さい。

診断名 ()

薬の服用 (有・無) /

◎過去に大きな病気や手術や入院の経験がある場合は以下にご記入下さい。

診断名 () いつ頃 (歳頃) / 診断名 () いつ頃 (歳頃)

◎現在の症状で困っていることは何ですか？

普通の生活・仕事・勉強・運動・旅行・家事・子育て・趣味・その他 ()

◎現在の症状をどの様にしたいですか？

- ・とりあえず痛みがやわらげばよい
- ・痛みを改善させ、メンテナンスもしたい
- ・運動や趣味などを楽しめるよう長期的に健康を維持していきたい

◎いつ頃までに症状を改善したいという希望はありますか？ 例) 旅行に行きたいので1ヶ月以内

◇痛む所に○印を付けてください。



