No.

本

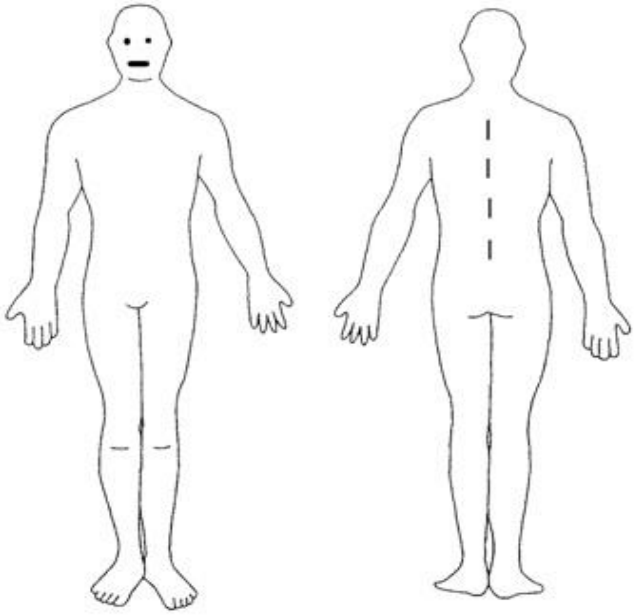
問診票

ふりがな　　TEL　　－　　－

氏名　　歳　男　女　生年月日　S　H　　年　　月　　日

〒　　-　　住所　　市・区

つらい部位を囲ってください



P ＝ pain　痛み
Pf = painful　違和感
T = tension　緊張
L = limitation　制限

① 何で当院を知りましたか？

HP　FB　通りすがり　その他　紹介　様

② 健康のためにやっている事はありますか？

ない

③ 大きな病気になられた事はありますか？

ない

④ 現在、通われてる病院などはありますか？

ない

⑤ アレルギーはありますか？

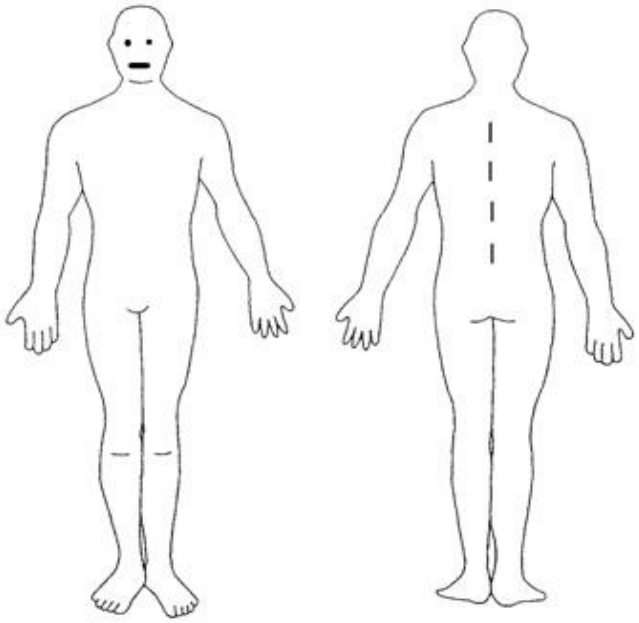
ない

治癒するまでの期限はありますか？　1 はい　　月　　日 まで　2 なるべく早く

来院が可能な曜日に〇して下さい

午前	日	月	~~火~~	水	木	金	土
午後	日	~~月~~	~~火~~	水	木	金	土

スタッフ用



筋肉:M
d , Te , w
h , i , Ti
靭帯:L
d , Te , r
関節:J
h , d , Sy
神経:N
w , hi , lo

d:損傷
Te:緊張
w:弱体
h:熱感
i:硬結
Ti:疲労
r:弛緩
Sy:滑液
Dis:脱臼
Fr:骨折
H:炎症