

予 診 表

No. _____

☆あなたの症状をお聞かせください☆当院には守秘義務があります☆ご安心して下さい

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏 名 _____ 性別 男・女 電話番号 _____

住 所 _____

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

紹介者 _____ 血液型 _____ 型

痛い箇所に○印を付けて下さい↓

◆いつ?どこで?何をして?どのように?【主訴・現病歴】

◇平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(最近日)

◇自宅 外出中 学校 会社 スポーツ中 通勤 通学
詳しく(_____)

◇転んだ 捻った ぶつけた つれた のぼした 不明瞭
詳しく(_____)

(_____)

(_____)

◆今の症状を他の医療機関で診てもらいましたか?いつ?

◇ はい 医療機関名(_____)

診断名(_____)

処方(_____)

◇ いいえ

◆施術(診療)について希望はありますか?

◇ はい 健康保険(整骨) 内 外 でお願ひしたい

◇ はい 健康保険(鍼灸) 内 外 でお願ひしたい

※内とお答えの方は<医師の鍼灸同意書>が必要です

◇ はい 相談して(自分・任せる)で決めたい

◇ はい (フットセラピー マッサージ)をお願ひしたい

◆整(接)骨院は初めてですか?

◇ はい ◇ いいえ (いつ? _____ 病名 _____)

◆鍼灸院は初めてですか?

◇ はい ◇ いいえ (いつ? _____ 病名 _____)

◆他に気になることは?過去にケガや病気は?【既往歴・家族歴】

◇ はい ◇ いいえ

はいの場合⇒(脳・心臓・耳鼻咽喉・眼・運動器・消化器・神経・リウマチ・皮膚・癌・血圧)

その他⇒(_____)

【アンケート】当院を選んだ理由は?

<(家・会社)から近い・看板・ホームページ・診療時間・パンフレット・電話・設備・紹介・施療技術>

<スタッフ対応・整骨も鍼灸もある・その他(_____)>

