

この問診票は、あなたの健康状態を把握し、適切なケアを行うために必要な情報になります。

本日のご希望について簡単なアンケートにお答えください。

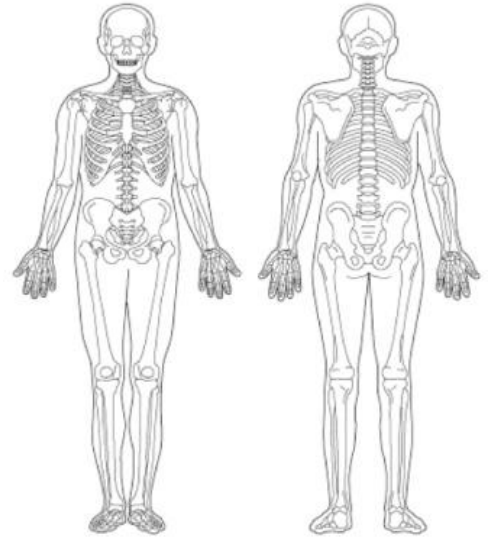
ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_

① 具合が悪い。

お体のどの部分ですか？

右記へ症状がある部位に○で囲んでください。

わかる範囲で構いませんので、下の枠内に  
症状をお書きください。



② 調子が良くない。

思い当たるものがあれば、○で囲んでください。

頭痛 眼精疲労 喘息 動悸 胃痛 便秘 下痢 疲労 泌尿器系 婦人科系  
冷え性 ほてり むくみ 不眠

③ 現在他の医療機関にかかっていますか？

はい どちらですか？ \_\_\_\_\_  
何科ですか？ \_\_\_\_\_

いいえ

④ 過去の病歴や手術歴・外傷歴(ケガや事故)はありますか？

ない・ある(病歴: \_\_\_\_\_)

(手術部位: \_\_\_\_\_)

(外傷部位: \_\_\_\_\_)

⑤ 現在下記の病気に罹っている、または現在治療中の病気はありますか？

ない・ある(脳疾患・遺伝性疾患・血液疾患・糖尿病・自己免疫疾患・膠原病)

(その他: \_\_\_\_\_)

⑥ スタッフ教育のため治療見学をさせてもらってよろしいですか？ はい・いい

⑦ 当院からお知らせはがきをお送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ

⑧ もりかわ鍼灸治療院をお選びいただいた理由(✓を□に入れてください)

ホームページ エキテン EPARK

ご紹介(どちら様でしょうか \_\_\_\_\_様) その他

※言葉で表現することが難しい場合は問診時に細かく伺いますが、できるだけ全ての項目  
をご記入ください。

※上記で知り得た個人情報、治療目的以外には使用いたしません。

ご協力ありがとうございました。