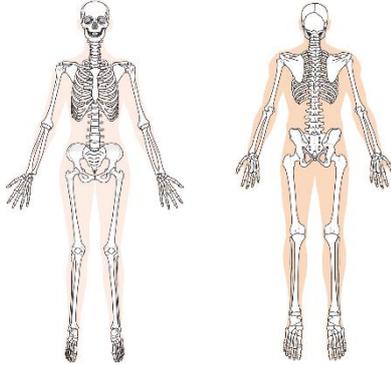


初診 令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	S H	年	月	日
氏名			(歳)			
住所	〒			ご職業		
				携帯番号		

1. 本日はどうされましたか？



※痛いところ、症状のあるところに印を付けてください。
 いつからですか？ 原因（きっかけ）はありますか？
 または、ほかに症状や気になることがありますか？

- 最近いつが一番痛かったですか？ 今日・きのう・2・3日前・一週間くらい前・ 月 日
- よくなるまでどのくらいかかるとお思いますか？ 1週間・1か月・3か月・半年・その他（ ）
- 通院する場合、どのくらいの頻度でこちらに来られますか？
 週2回・週1回・隔週・月1回・その他（ ）
- 今回の症状で何か治療はしましたか？ 例）病院に行った・自分でシップしたなど
 治療した（ ）・していない
- 今の症状についてお医者様、または医療従事者から詳しく説明を受けましたか？
 受けた（ ）・受けていない
- 現在、服用中のお薬はありますか？ はい（ ）のお薬を飲んでいます・いいえ
- 今の状態が続いたら、もしくは悪化したらどんなことが想定されますか？
 仕事・家事に差し支える 寝たきりになる 趣味が続けられない
 家族・子どもに迷惑がかかる その他（ ）
- どの治療を希望されますか？ ※複数回答可
 今回の症状が治れば良い 根本的に治したい 再発しないようにしたい 自分で出来ることを知りたい

2. 当サロンを何で知りましたか？ ※複数回答可

- ・（ ）さんの紹介・ホームページ・Youtube・インスタ・新聞折込・通りがかり・チラシ
- ・その他（ ）

3. 当サロンでは、患者様の症状・痛みの改善・回復、健康を考え真剣に治療を行っていきます。最後に3つ約束していただけますか？

- ① 病状回復に必要な治療にこちらの指導通りに通院できますか？ (はい・いいえ)
- ② 自分のお身体、健康のために投資はできますか？ (はい・いいえ)
- ③ 私たちがお願いする宿題（セルフケア）はできますか？ (はい・いいえ)

(施術者記入欄)

既往歴	運 動	治療歴（セルフ）	増悪・緩解	左右差