

問 診 票

どうほく整骨院

フリガナ

氏 名

(男 ・ 女)

生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平)

年 月 日 (才)

住 所 〒

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

マンション名や部屋番号までご記入ください。

電話番号 (自宅)

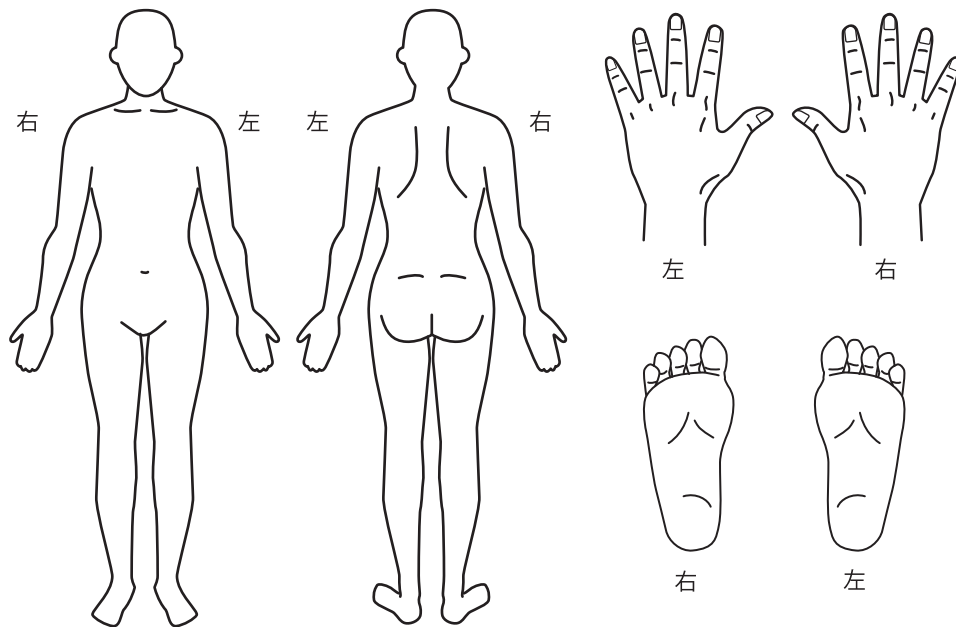
— —

(携帯)

— —

職 業

■お困りの部分に
○をつけてください。



■自覚症状

.....

.....

.....

■当てはまる項目があれば✓をつけてください。

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーを付けている | <input type="checkbox"/> 体内に金属などが入っている | <input type="checkbox"/> その他内科的な病気がある |
| <input type="checkbox"/> 腎透析を受けている | <input type="checkbox"/> 過去に大きな手術を受けたことがある | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病をもっている | <input type="checkbox"/> 妊娠またはその可能性がある | |

■当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 近所(自宅・勤務先) | <input type="checkbox"/> インターネット検索 | <input type="checkbox"/> 知人の紹介 | <input type="checkbox"/> その他 () |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---|

こちらは当医院の記録欄です。

(記入しないで下さい)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

年 月 日

No.
