

※全てご記入ください

問診票

年 月 日

ふりがな
氏名 (男・女) 年齢 生年月日 西暦 年 月 日

〒 住所 電話番号

メール アドレス @ gmail.com 携帯番号

当院をどのようにして知りましたか？

- ホームページ（検索キーワード _____） google /yahoo
 チラシ 紹介（ 紹介者： _____ ）
 その他（ _____ ）

現病歴（発症日、入院歴をご記入ください）

来院しようと思った理由やきっかけ

現在のリハビリ状況（例：月・水・金曜日PM 通所リハビリ、火曜日AM 訪問マッサージ...等）

現在の症状で最も生活で困っていることは何ですか？

目標にしたいこと

ご家族がお困りのこと、希望すること

現在の症状をどのようにしたいですか？（複数回答可）

1. 早く改善を目指すためならスケジュールを調節して指示通りに通院したい
2. 多少、費用がかかっても早く改善を目指したい
3. 治りが遅くても出来れば費用を抑えて通いたい
4. 改善した後もメンテナンスを受けたい
5. 改善が遅くても、自分のペースで通いたい
6. わからないので相談したい

当院は**本気で症状を治したい方だけ**の治療院です。

症状を1回で根本から改善する事は困難です。治す為に複数回通院することは可能ですか？

- はい いいえ