

No.

はるいろ整体院 問診票

初診日 年 月 日

ふりがな	生年月日	
氏名	男・女	年 月 日(歳)
ご住所		
〒		
自宅電話番号	携帯電話番号	メールアドレス

*この個人情報は当院以外で使用することはありません。

Q1. はるいろ整体院を何で知りましたか？

- ・紹介(紹介者名 様)
- ・ホームページ
- ・通りがかり
- ・チラシ
- ・その他()

Q2. ご職業を教えてください。

- ・座り仕事 ・立ち仕事 ・力仕事 ・主婦 ・学生 ・その他

Q3. ご結婚されていますか？

- ・未婚 ・既婚

Q4. 家族構成を教えてください。

- 夫・妻・息子・娘・祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・ペット 計()名

Q5. 今回の症状で病院で検査や投薬をしましたか？

- ・はい(診断名:)
- (薬やサプリメント:)
- ・いいえ

Q6. これまでに大きな病気や手術をしたことがありますか？

- ・はい()
- いつ頃ですか？()
- ・いいえ

Q7. 血圧(/)

Q8. これまでに整体を受けたことはございますか？

- ・ある()
- ・ない
- ・その他

Q9. 平均睡眠時間 約()時間

Q10. 睡眠の質について

- ・良好 ・何度も目が覚める ・寝つきが悪い ・全く眠れない
- ・眠りが浅い ・早朝に目が覚める

Q11. 食欲について

- ・良好 ・食べたくないが食べられる ・食欲旺盛 ・食欲はない

Q12. 便秘について

- ・便秘(日おき) ・普通(1日1、2回) ・軟便 ・下痢(1日 回)

Q13. 嗜好品について

- ・飲酒(週 日) ・タバコ(本/日)

Q14. アレルギーはありますか？

- ・はい()
- ・いいえ

Q15. 今おこなっている運動はありますか？

- ・はい()
- ・いいえ

Q16. 現在気になる症状はどのようなものですか？

下図に気になる部位に印をつけてください。
症状()

