

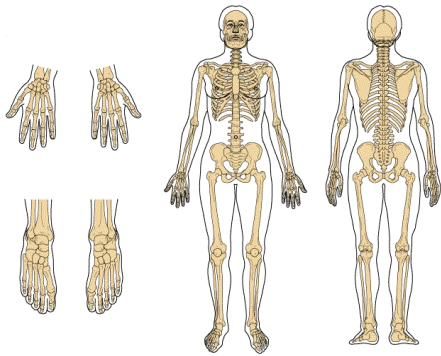
No.

初診

年 月 日

ふりがな		生年月日	S・H	年	月	日
氏名			(歳)			
		職業				
住所	〒					
電話番号	ご自宅 ()		携帯電話		—	—

痛いところ、症状のあるところに○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？

お身体の状態について詳しくご記入ください。

- 継続して通院される場合、どのくらいの頻度でこちらに来られますか？
週1回・週2回・その他 () ご希望の曜日/時間帯 月・火・水・金・土・日 午前・午後
- 今回の症状に関して他院で治療、病院で検査などはされましたか？ 例) レントゲンを撮った・注射 ()
その際、原因、治癒見込みなどをお医者様、医療従事者から詳しく説明を受けましたか？
受けたことがある・受けたことはない
- 現在、服用中のお薬はありますか？ はい () ・いいえ
- 過去に大きなケガをしたことはありますか？ はい () ・いいえ
- 過去に手術や入院をしたことはありますか？ はい () ・いいえ
- 過去に交通事故に遭われたことはありますか？ はい・いいえ
- 普段から運動されていますか？ はい () ・いいえ
- 症状改善後も、再発しないよう定期的なメンテナンスを希望されますか？ はい・いいえ
- オプセラピー CONNECT を何で知って頂きましたか？ ※複数回答可
・紹介 () さんより) ・折込チラシ () 新聞) ・整体院の前を通りかかって
・ホームページ ・ポストに入っていたチラシ ・グーグルマップ ・その他 ()
・よろしければ、検索されたキーワードを教えてください (例：赤羽 自律神経失調症/赤羽 整体)
()
・検索エンジンは何が使われていますか？ Yahoo! ・ Google ・ その他 ()
- 予約を試みようと思われた理由を教えてください ()

今後の治療方針を立てる際の参考にさせていただきますので、3つの質問に必ずご回答ください。

1. お悩み改善に必要な期間、頻度 (週1回～) 通院できますか？
(はい・いいえ 理由：)
 2. 根本改善を目指した自費治療ですがご理解頂けますか？
(はい・いいえ 理由：)
 3. 当院からお願いする宿題 (ストレッチやセルフケア) に取り組んでいただけますか？ (はい・いいえ)
- *ありがとうございました。こちらをお持ちになってください*