

問診表

年 月 日

氏名

年齢

職業

①	どうしましたか？ 部分的に何処がどのように。	
②	どのような症状ですか？ (痛み、しびれ、気分が悪い、熱がある、 ゆがみ等)	
③	いつから？	
④	原因は？何か自分で心当たりは？	
⑤	他で(病院等)診てもらいましたか？ その時の診断は？(病名、検査値等)	
⑥	家族の方で同じ病気になられた方はいま すか？	
⑦	どのような環境で、仕事・生活をしていま すか？	
⑧	偏食はありますか？	
⑨	運動していますか？	
⑩	心臓に異常はありませんか？	
⑪	血圧はどうですか？	普通・高い・低い(上 下)
⑫	体内に金属や異物はありませんか？	
⑬	他に病気がありますか？	
⑭	他に気になることはありますか？	

<施術方針・施術料>