

個人情報の取扱い

お客様の個人情報を当院の業務の範囲を超えて使用することはありません。またお客様の同意なく、第三者に提供することはありません。お客様自身の判断により個人情報の提供を拒否することが出来ます。この場合、当院においてのサービスなどを十分に提供することが出来ないことがありますので、あらかじめご了承ください。

以上に、ご同意いただける場合には左記の同意書にチェックの上、下記の質問表にご記入ください。

同意しますか はい

質問表

フリガナ	性別	年齢	紹介者 氏名	続柄
氏名	男 女			
住所 〒 -				
生年月日 年 月 日生	年齢	身長/体重 /	仕事(職種)	
自宅Tel	携帯Tel			
携帯アドレス	@			
当てはまる症状は？				
<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頸部(くび)痛 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 膝(ひざ)痛 <input type="checkbox"/> 肩まわり				
<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 手首・足首 <input type="checkbox"/> 指(手・足) <input type="checkbox"/> 猫背 <input type="checkbox"/> O・X脚 <input type="checkbox"/> 骨盤のゆがみ <input type="checkbox"/> 顎関節(あご)				
<input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> ムチウチ症				
<input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> その他()				
症状についての情報 (主な症状についてお書きください)				
①いつからですか？				
②最近の状態 <input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> あまり変わらない <input type="checkbox"/> ましになってきている				
③症状がひどい時間帯はいつですか？ <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 就寝中 <input type="checkbox"/> ほぼ同じ				
④過去にも同じような症状はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(いつ頃:)				
⑤症状についてお悩みや気になることをお書きください。				
病院での診断 () ご記入は通院、入院された方のみで結構です				
治療経過、処置の内容など				
服用・使用している薬など				
アレルギーについて(薬品・食品・その他)				
栄養補助食品(サプリメント)など				
日常の運動				
既往症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> ガン <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害				
<input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他()				
女性の方にお聞きます。現在妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 妊娠中				
(妊婦の方の施術も可能です。その際には母子手帳をご持参ください！)				
※この質問表はプリントアウトしご記入の上、来院時にご持参ください。(FAX、メールは個人情報保護上、ご遠慮ください。)				

個人情報の取扱い

お客様の個人情報を当院の業務の範囲を超えて使用することはありません。またお客様の同意なく、第三者に提供することはありません。お客様自身の判断により個人情報の提供を拒否することが出来ます。この場合、当院においてのサービスなどを十分に提供することが出来ないことがありますので、あらかじめご了承ください。

以上に、ご同意いただける場合には左記の同意書にチェックの上、下記の質問表にご記入ください。

同意しますか はい

質問表 記入例

フリガナ	性別	年齢	紹介者 氏名	続柄
氏名 加井路 スタジ夫	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		○田△子	知人
住所 〒 -				
生年月日 S.45 年 8 月 17 日生	年齢	身長/体重 /	仕事(職種) 営業	
自宅Tel	携帯Tel			
携帯アドレス	@			
当てはまる症状は？	← <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。(複数可)			
<input checked="" type="checkbox"/> 腰痛	<input checked="" type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頸部(くび)痛	<input type="checkbox"/> 背部痛
<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 手首・足首	<input type="checkbox"/> 指(手・足)	<input type="checkbox"/> 猫背	<input type="checkbox"/> O・X脚
<input type="checkbox"/> 冷え性	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 生理痛	<input checked="" type="checkbox"/> 胃腸疾患	<input type="checkbox"/> 耳鳴り
<input type="checkbox"/> 健康チェック	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 膝(ひざ)痛	<input type="checkbox"/> 肩まわり	<input type="checkbox"/> 不眠症
<input type="checkbox"/> 顎関節(あご)	<input type="checkbox"/> ムチウチ症			
症状についての情報 (主な症状についてお書きください)	腰痛			
①いつからですか？	二週間前から			
②最近の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 悪くなっている	<input type="checkbox"/> あまり変わらない	<input type="checkbox"/> ましになってきている	
③症状がひどい時間帯はいつですか？	<input checked="" type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 日中	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 就寝中
④過去にも同じような症状はありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい(いつ頃: 3年前)		
⑤症状についてお悩みや気になることをお書きください。	外回り中に、だんだんと腰が痛くなってくる。休憩するとましになる。			
病院での診断 (腰椎椎間板ヘルニア)	ご記入は通院、入院された方のみで結構です			
治療経過、処置の内容など	牽引と電気治療。湿布と痛み止めをもらった。			
服用・使用している薬など	湿布と消炎鎮痛剤			
アレルギーについて(薬品・食品・その他)	ピリン系薬 甲殻類(えび)			
栄養補助食品(サプリメント)など	マルチビタミン 黒酢			
日常の運動	週1回のテニスと日々のウォーキング			
既往症	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> ガン
	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 心臓病
				<input type="checkbox"/> 脳血管障害
女性の方にお聞きします。現在妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 妊娠中	
(妊婦の方の施術も可能です。その際には母子手帳をご持参ください！)				

※この質問表はプリントアウトしご記入の上、来院時にご持参ください。(FAX、メールは個人情報保護上、ご遠慮ください。)