

# 問診票

令和 年 月

フリガナ	男 ・ 女	携帯電話	
氏名		自宅電話	
		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
住所 〒 ー			
職業 口会社員口自営業口公務員 口主婦口学生口その他( )	当院を何で知りましたか？ 紹介( 様)・看板・ホームページ・チラシ・口コミ・ホットペッパー		

できるだけ詳しくお書きください

どのような症状(痛み又はしびれ、又はその他の感覚)でいつ頃からありますか？また、思い当たる原因はありますか？

---

現在どの動作の時に症状はでますか？全てお書き下さい。

---

今あなたは、その症状があることで1番困っていることは何でしょうか？

例) 仕事に集中できない、試合にでられない、旅行にいけない、将来が不安など。

---

あなたの最終的な目標を教えてください。わからなければ、空けてください。

---

今までに症状が出た部位や過去に事故や手術歴などあればお書き下さい。

---

あなたは今お悩みの症状で他の医療機関を受診されましたか？(当てはまるもの全てに☑してください)

口していない 口病院 口整骨院 口鍼灸院 口整体院、カイロ 口その他( )

他に事前に知っておいてほしい事やご要望がありましたら自由にお書きください

---

オプティマルボディケアセンターにお越し頂き誠にありがとうございます。

下記内容をご確認ご理解頂きましたらご署名をお願い致します。

- 予約時間に遅刻された場合は、原則治療時間の延長は致しません。時間厳守をお願い致します
- 信頼関係が成り立たないと思われる場合や、成り立たなくなった場合は、施術をお断りさせて頂く事があります。
- **施術最終日より2カ月以上来院のない場合**は、初診扱いとさせていただきます。  
**最終来院日から2ヶ月以上経過し**、再度ご利用いただく場合は、施術料に加えて**再検料**がかかります。

#### 予約日のキャンセル・変更について

**無断キャンセル・当日キャンセルにつきましては**

**施術料全額のキャンセル料金が発生いたします。**

1日の予約人数には限りがあり、時間帯によってはキャンセル待ちをされている方がおられます。

当日に無断でキャンセルをされますと予定を合わせてご予約下さった他のクライアントにご迷惑をおかけする

事となりますので、変更、キャンセルはできるだけお早めにご連絡をお願い致します。

また、繰り返しのキャンセルをされる方につきましては、

今後のご予約をお断りさせて頂くケースもありますのでご了承ください。

皆様のご理解とご協力、宜しくお願い致します。

院長 中村 圭一

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_