



# カウンセリングシート

記入日：令和 年 月 日 ( )

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住所	〒 -		
電話番号		職業	( ) 重労働/軽作業/立ち仕事/座りっぱなし

フォームソックス・メディカル (インソール)

筋膜調整

側弯コース     パーソナルトレーニング

こども運動教室

一番お困りの症状は何ですか？

[ ]

いつから痛みますか？

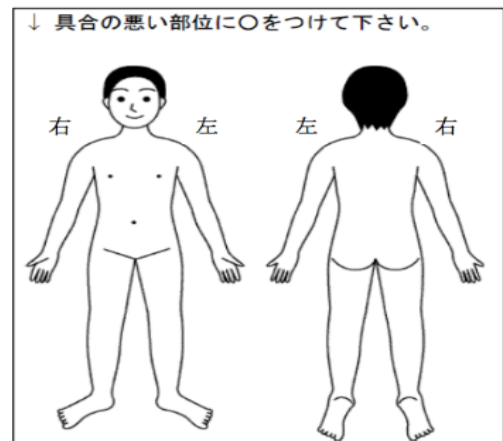
[ ]

痛みは0～10で表すとどの程度ですか？



痛みなし

最大の痛み



今回の症状で医療機関にかかりましたか？ (はい 診断名： / いいえ)

1年以内に通院された場所がありますか？

整形外科  接骨院  鍼灸院  整体  その他 ( )

当院をどちらでお知りになりましたか？

ホームページ  知人  チラシ  看板

SNS (Facebook・Instagram)  その他 ( )

※個人情報の取り扱い

daisy は「個人情報保護に関する法律」に基づき、お客様の個人情報を適正に管理し保護に努めます。