

カウンセリングシート

年 月 日

氏名	フリガナ		
住所	〒		
生年月日	M・T・S・H	年 月 日 歳	性別 男・女
電話番号	その他の連絡先		
メールアドレス			
職業	仕事内容		

以下、お分かりの範囲で構いませんのでご記入をお願いします。

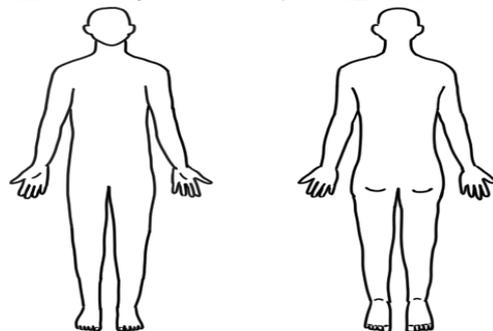
当店を選ばれたきっかけを教えてください。

- ご紹介(様) 看板を見て チラシ
インターネット その他()

① どういった症状でお困りですか？

お困りの部位に○印で記入してください

② ①は普段、どのようなときに困りますか？不自由さを感じますか？



③ 現在、保険内(医療・介護保険等)でのリハビリを受けていますか？

(該当しない場合は省いてください。)

④ 今までに病気やケガ、手術などをされたことがありますか？

(複数ある場合は、複数記入してください。)

⑤ ④について、お医者様からはどのようにご説明を受けましたか？

⑥ 目標を教えてください。

ご協力ありがとうございます。