

個別健康相談 問診票

体温 _____ °C

令和3年 月 日

ふりがな			
名前		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日(歳)
ご住所	〒 <input type="checkbox"/> 千葉県 <input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 埼玉県 _____ ※当院からの情報提供等させていただきますので、差し支えなければ、ご記入下さい		
相談は どのような 内容ですか	<input type="checkbox"/> 自分にあった運動方法について <input type="checkbox"/> 健康予防に必要なことについて <input type="checkbox"/> 適切なダイエット方法について <input type="checkbox"/> 運動不足解消方法について <input type="checkbox"/> ご自身の歩き方や立ち上がり等の動作について <input type="checkbox"/> 痛みについて <input type="checkbox"/> 栄養関係について <input type="checkbox"/> その他 ()		
相談会は 何で知りま したか	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 院内ポスター <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 口コミ <input type="checkbox"/> 家族や知人から <input type="checkbox"/> その他 ()		