オンライン相談問診表　　わらび整形外科

フリガナ
氏名：
生年月日：　　年　　月　　日　　性別：　男　・　女
ご連絡先メールアドレス：

ご相談を希望する内容をチエックして下さい。（一つだけ）

□筋力低下予防　□柔軟性の獲得　□筋力向上　□テーピングの巻き方
□スポーツ時のパフォーマンス　□ダイエット　□体型のコンプレックス

記載できる範囲で内容を具体的にご記載して下さい。

（　　）

ご相談いただく内容について今まで何か取り組んできたことはありますか？

はい　・　いいえ

はいと答えた方は、どのような事をしてきたのかをご記載下さい。

（　　）

ご相談いただく内容について、過去に取り組んで失敗したことはありますか？

はい　・　いいえ　・　初めて取り組む

はいと答えた方は、結果どうなったのかをご記載下さい。

（　　）

はいと答えた方は、失敗した理由があればご記載下さい。

（　　）

今回相談に至った理由をチェックして下さい。

□無料だから　□たまたま目に留まった　□スタッフが信頼できるから
□その他（　　）

無料相談ご希望日時をご記載下さい。（平日火曜日～金曜日　　時～　　時までの間）

月　　日（　曜日）　　時　　分～

同意欄
わらび整形外科及び対応したスタッフに対し、提案された運動等を行ったことによる怪我・事故による責任は一切問わないものとします

氏名

令和　　年　　月　　日