

問診表

受付日

1) お名前

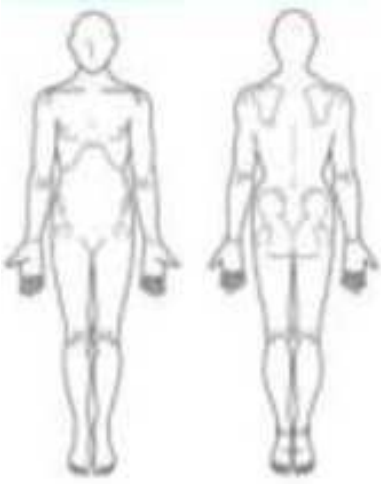
2) 携帯電話

3) 気になる症状

☐肩こり ☐五十肩 ☐腰痛 ☐坐骨神経痛 ☐膝痛 ☐足の痛み

4) 上記の症状で困っていることは？

5) 3 カ月後にどうなったらうれしいですか？

図	説明
	
	外反母趾 内反小趾 偏平足 ハイアーチ