

(ふりがな)
お名前： _____

生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

ご住所：〒 _____ 都道府県 _____ 区市町 _____

お電話番号（緊急時ご連絡先）： _____ - _____ - _____

① プラスワンにお越しくださる前に、どんなことで悩んでいましたか？ 具体的にお書きください

どこが.....

どんな時に.....

② いつまでに、どんな状態になっていたいですか？ ①が解決されたら、何がしたいですか？

※これは、リハビリをこれから行う上での大事なゴール（目標）になります ※必ずご記入ください

いつまで.....

どんな状態.....

③ ①の悩みを解決する為に、今まで何をしていましたか？

現在通院中 または 過去に受診・通院した 医療機関名	期間 (いつ頃ですか?)	検査・治療内容 (どんな検査・治療を 受けましたか?)	満足度 (1～5のうち何ですか?)
			1.とても満足 2.少し満足 3.どちらでもない 4.少し不満 5.とても不満
			1.とても満足 2.少し満足 3.どちらでもない 4.少し不満 5.とても不満
			1.とても満足 2.少し満足 3.どちらでもない 4.少し不満 5.とても不満

④ これからプラスワンをご利用頂くにあたり、心配や不安に感じていることはありますか？

⑤ 何が決め手となって、プラスワンに行ってみようと思われましたか？ (複数回答可)

ご紹介 (お名前： _____)
(どのように勧められましたか？ : _____)

ホームページ Facebook LINE@ チラシ・広告 (_____)
(どのような内容が決め手になりましたか？ : _____)

その他