

# 問診票(事前問診票)

1. 氏名 \_\_\_\_\_
2. 住所 \_\_\_\_\_
3. お電話番号(連絡可能な番号) \_\_\_\_\_
4. メールアドレス \_\_\_\_\_
5. 症状(痛みや気になること) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. インソールを入りたい靴はどういった靴ですか?(○を付けてください。) \_\_\_\_\_  
スパイク ・ 革靴 ・ スニーカー ・ ランニングシューズ  
他( \_\_\_\_\_ )
7. 中敷きは外れますか?(○を付けてください。) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 外れます ・ 外れない
8. 靴のサイズは何 cm ですか? \_\_\_\_\_ cm
9. 何かご質問があればお書きください。 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ご回答ありがとうございます。

メールで回答を送信していただくか、プリントアウトしてFaxで送信してください。

メール：[arukitokaradalab@gmail.com](mailto:arukitokaradalab@gmail.com)

Fax：096-367-7586

ご質問などは、メールでもお答えいたします。また、**ご予約はお電話もしくはメールにてお受けいたします。**