

ご記入日 平成 年 月 日( )

ふりがな

明・大・昭・平

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日生

〒

ご住所： \_\_\_\_\_

お電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ご職業： \_\_\_\_\_

お困りの主な症状は何ですか？

\_\_\_\_\_

いつごろから、どのようにお困りですか？

\_\_\_\_\_

この症状でお医者さんにかかられましたか？ はい/いいえ

いつごろ： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_

金属アレルギー・消毒液への過敏症はありますか？ はい/いいえ

高血圧・糖尿病・心臓病・肝炎の病歴がありますか？ はい/いいえ

**女性の方**にお伺いします。現在妊娠されていますか？ はい/いいえ

初産/経産( \_\_\_\_\_ 人目) 妊娠 \_\_\_\_\_ 週目

現在、病院 鍼灸院 整骨院にかかっていますか？ はい/いいえ

院名： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_

ご希望の治療または苦手な治療はございますか？ はい/いいえ

希望： \_\_\_\_\_ 苦手： \_\_\_\_\_

差し支えなければ、当院へ来院されるきっかけを教えてください！

看板 チラシ タウン新聞 インターネット ご紹介( \_\_\_\_\_ 様)

ご協力ありがとうございました。