

令和 年 月 日() AM/PM :

フリガナ

大・昭・平・令

お名前: _____ 男・女 生年月日: _____ 年 月 日生

郵便番号 〒

ご住所: _____

お電話番号: _____ — — ご職業: _____

※小児はり・妊娠中のトラブル・肩こりや頭痛・骨盤矯正は健康保険外の自費治療です

①お困りの症状は何ですか?

②いつごろから、どのようにお困りですか?

③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: _____

④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

⑤高血圧・糖尿病・心臓病・肝炎の病歴はありますか? はい/いいえ

⑥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

⑦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: _____

⑧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: _____

⑨差し支えなければ、当院に来院されたきっかけを教えてください!

看板 パンフレット(取得場所 _____) ままちっち ホームページ Googlemap
Facebook Instagram Twitter ご紹介(_____様) その他(_____)