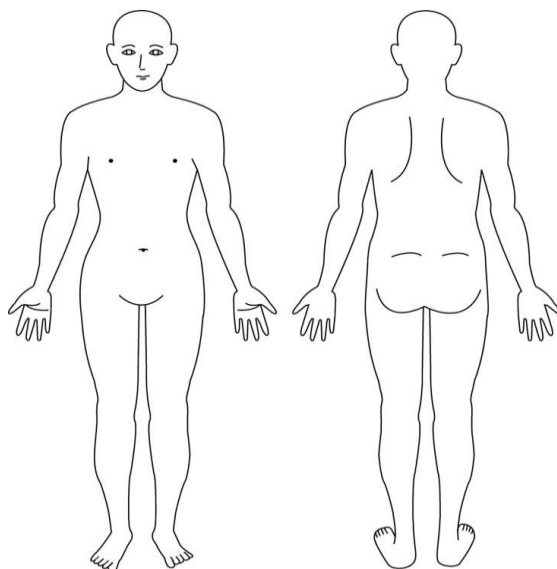


問 診 票

	ふりがな	初診日	NO.
お名前		年 月 日	
	ふりがな		
ご住所	〒 - 当院からのご連絡があった場合、ハガキ等を送らせていただいてもよろしいでしょうか？ <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> NG		
お電話番号	- -	生年月日	西暦 年 月 日
メールアドレス	@ ※予約フォームからリマインダーを送付させていただきます。		
当院を知ったきっかけ	HP・Instagram・しんきゅうコンパス・情報誌・ご紹介()様・その他()		

① 具合の悪い場所に○をつけてください。

② 症状はいつからですか？



月 日頃～

③ 思い当たる原因はありますか？

… ある ・ ない

「ある」と答えた方は下記にご記入ください。

④ この症状で他医療機関にて治療、検査等は受けたことがありますか？… ある ・ ない

「ある」と答えた方は病院、医療機関名をご記入ください。()

⑤ 現在、何か治療中のものがある場合は○をしてください。

・糖尿病 ・高血圧 ・肝炎 ・心臓疾患 ・その他() ・なし

⑥ 服用中のお薬はありますか？… ある ・ ない

「ある」と答えた方はお薬名が分かればご記入ください。()

⑦ 手術・事故歴がありましたらご記入ください。…() ・なし

⑧ 睡眠はとれていますか？当てはまる所に○をしてください。

よく眠れる ・ 眠れる ・ 入眠困難 ・ 途中で目が覚める ・ 眠れない

⑨ 女性の方、妊娠していますか？… はい ・ いいえ

⑩ ご希望のメニューに☑を入れてください。(複数可、確認いたします。次回からメニュー変更も可能です。)

全身鍼灸 6,000円 オリエンタル美容鍼 5,000円

メンタル鍼灸 6,000円 ビューティー美容鍼 10,000円

治療11回回数券 60,000円(1回5,454円)

(有効期限1年間、ご家族ご友人とシェアOKです) プレミアム鍼灸 16,000円