

予 診 票

記入日 年 月 日 () NO.

フリガナ				生年月日	/	/	男 ・ 女
お名前							
ご住所	〒						
TEL			職業				

◎最もお悩みの症状をご記入下さい。

◎その他のお悩みの症状、気になる事を何でもご記入下さい。

◎症状はいつごろからですか？ _____ 頃から

◎現在治療中、または、過去に治療を受けた病気や怪我はございますか？

◎服用中のお薬はありますか？ _____

◎はり灸治療は初めてですか？ はい いいえ

◎女性の方：現在妊娠中ですか？ はい いいえ

(週目)

◎嗜好品について教えて下さい。 飲酒 (何をどれくらい)

タバコ (本/日)

◎今回のお悩みの東洋医学的な説明をご希望ですか？

出来るだけ詳しくして欲しい。

興味があるので軽くして欲しい。

説明は大丈夫です。

おまかせします。

◎当院を知ったきっかけは何ですか？

ホームページ 紹介 (_____ 様)

エキテン チラシ

しんきゅうコンパス その他 (_____)

◎自宅でのせんねん灸のセルフケア希望 (ご希望の方はチェックして下さい。)