

<問 診 票>

令和 年 月 日 No: _____

フガナ

氏 名: _____

生年月日: S・H・R 年 月 日 () 歳 職業: _____

住 所: 〒 _____

電話番号: _____ メールアドレス: _____

1. 一番改善したい症状を教えてください。
2. その他つらい症状、相談したい症状などがあれば教えてください。
3. 今までに大きな病気や手術、事故等の怪我をされたことはありますか？
4. 現在通院している医療機関、服用している薬やサプリメントはありますか？
ある（医療機関名: _____） なし
ある（薬剤名: _____） なし
5. 鍼灸治療についてお聞かせください。
 鍼灸治療に抵抗がない 鍼灸治療に抵抗がある
6. 女性の方にお聞きします。現在妊娠されていますか？もしくは妊娠の可能性はありますか？
している (_____ 週) ・ していない ・ 可能性がある
7. 治療風景、症状などをSNS発信、勉強会資料等に使用しても良いでしょうか？（個人情報は伏せます）

※ご記入して頂きました個人情報は当院で厳重に管理し、第三者へは提供いたしません。

※鍼灸治療により、まれに内出血や火傷を負う可能性があります。
鍼灸治療をご希望の方はご承知おき下さい。