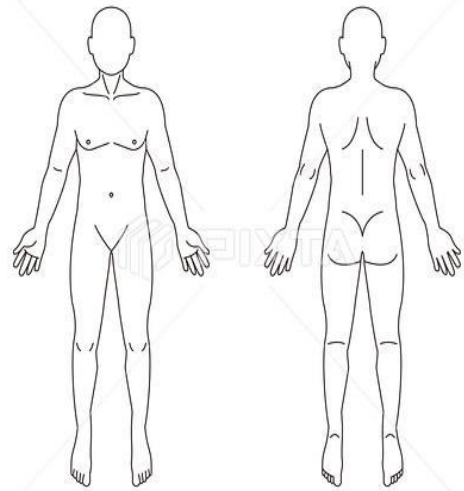


フリガナ		男 女	年 月 日生	
受診者 氏名			電話番号	()
住所	〒 -		職業	

◇どうされましたか？

- ・部位(右の人体図の気になる部位に○をつけて下さい)
- ・何か考えられる原因はありますか？
(いつ、どこで、何をしていた、どうなった？なるべく詳しくお書きください)

・どのような症状ですか？(思い当たる症状をお書きください)



・この症状で、他の医療機関を受診しましたか？

いつ頃 年 月 日
医療機関名()

pixta.jp - 32040490

◇今まで大きな病気したことがありますか？また、治療中の病気はありますか？

- ・高血圧 ・糖尿病 ・骨粗しょう症 ・脳疾患 ・血液、血管疾患 ・心疾患 ・肝疾患 ・腎疾患
- ・悪性腫瘍、がん() ・リウマチ ・その他()

◇体内に金属(医療機器)は入っていますか？

- ・はい
- ・いいえ
- ・ペースメーカー ・人工関節 ・人工骨頭 ・ボルト ・その他()

◇1年以内に通院されたことはありますか？

- ・整骨院 ・鍼灸院 ・指圧マッサージ ・整体カイロ ・整形外科 ・その他()

◇どのような治療をご希望ですか？

- ・健康保険内での治療 ・相談の上 ・実費治療のみ ・保険と実費を合わせて

◇次の実費治療に興味のあるものに○を記入してください

- ・骨盤(産後)矯正 ・猫背(巻き肩)矯正 ・鍼灸(症状により医師の同意書があれば健保適応) ・美顔鍼

◇当院はどうやって知りましたか？

- ・近いから ・インターネット ・チラシ ・ご紹介() 様 ・その他()

ご記入ありがとうございました、その他ご相談ありましたら何なりと裏面にお書きください。

