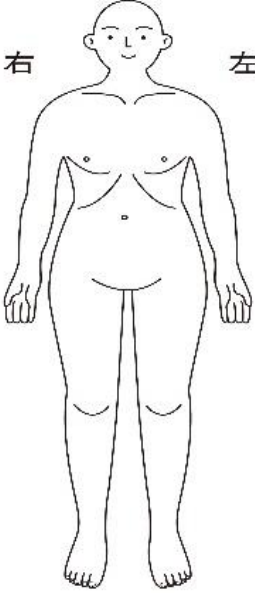
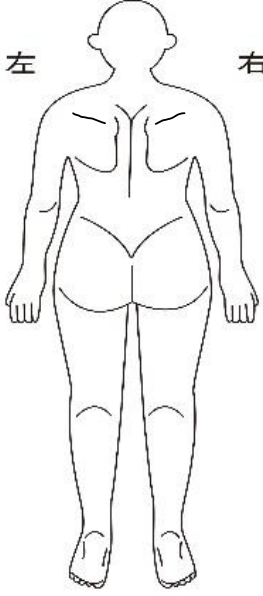


予診票

(1枚目)

記入日	令和 年 月 日	男・女	生年月日 () 歳
ふりがな		ご職業	T/S/H/R: 年 月 日生
お名前			自宅Tel (- -)
			携帯Tel (- -)
			会社Tel (- -)
ご住所	〒 -	メールアドレス	
		@ お知らせの配信を希望 (する・しない)	
		既婚・未婚・離婚	お子様の人数 人

現在の苦痛またはお困りの事はなんですか。	症状のある箇所に印をつけてください。
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>右 左</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左 右</p>  </div> </div>
いつからその症状はありますか。	思い当たる原因

その症状に対し、他の病院・治療院等へ行かれたか？	既往歴 (※アレルギー含む)
1.行っていない	
2.行った⇒ ・直近の受診日 (年 月 日)	
・診断名 ()	
・受けた治療 ()	
・処方された薬等 ()	現在服用中の薬

同居中のご家族について/同居人数:自分を含め () 人	当院へご来院のきっかけ
名前 年齢 ご本人との関係 備考	□ウェブ 検索(検索キーワード:)
() () ()	□ホームページ・SNS (Instagram等)
() () ()	□職場・自宅が近い / □偶然・通りがかり
() () ()	□紹介 (紹介者名:)
() () ()	※紹介者との関係 ()
() () ()	□その他 ()
	鍼灸の経験 (あり・なし)