

予 診 票

年 月 日

フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 () 歳
お名前			
ご住所	〒	電話番号	※個人情報情報は緊急時以外に許可なく使用しません
当院をしったきっかけ	<input type="checkbox"/> 以前来たことがある <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通り道にある <input type="checkbox"/> 紹介で _____ 様		
領収証の発行について	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要である → <input type="checkbox"/> 毎回 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 治療最終日		

1. 今日はどうされましたか？

2. それはいつから起こりましたか？

3. 原因として何か思い当たる点がありますか？

4. 完治させたい期限がありますか？

いいえ(特にはない)

はい → 月 日の()までに間に合わせたい

5. 鍼灸併用治療を希望されますか？

いいえ・はい (別途保険治療費プラス1,000円がかかります)

6. 現在何かの疾患で医療機関にかかっている方は以下にご記入下さい。

診断名()薬の服用(有・無) / 診断名()薬の服用(有・無)

7. 過去に手術や入院の経験がある場合は以下にご記入下さい。

診断名()いつ頃(歳頃) / 診断名()いつ頃(歳頃)

8. 現在の体調に当てはまるものにチェックをつけてください。(分かる範囲で結構です)

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 胸部痛 | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 肥満 | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 痔 |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 背中痛 | <input type="checkbox"/> 慢性疲労感 | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> アレルギー | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 低血圧 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> O脚 |
| <input type="checkbox"/> 首痛 | <input type="checkbox"/> 臀部痛 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 鼻炎 | <input type="checkbox"/> 側湾症 |
| <input type="checkbox"/> 首肩コリ | <input type="checkbox"/> 股関節痛 | <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> 高コレステロール | <input type="checkbox"/> 肺疾患 | <input type="checkbox"/> 猫背 |
| <input type="checkbox"/> 肩痛 | <input type="checkbox"/> 膝痛 | <input type="checkbox"/> のぼせ | <input type="checkbox"/> 高中性脂肪 | <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 骨盤の歪み |
| <input type="checkbox"/> 肘痛 | <input type="checkbox"/> 足首痛 | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 | <input type="checkbox"/> 不妊 |
| <input type="checkbox"/> 手首痛 | <input type="checkbox"/> 足裏痛 | <input type="checkbox"/> 冷え性 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 | <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 |
| <input type="checkbox"/> 手指痛 | <input type="checkbox"/> 脚のシビレ | <input type="checkbox"/> 生理痛 | <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 | <input type="checkbox"/> 顎の痛み |
| <input type="checkbox"/> 手のシビレ | <input type="checkbox"/> 足指痛 | <input type="checkbox"/> 生理不順 | <input type="checkbox"/> 膠原病 | <input type="checkbox"/> 膀胱炎 | <input type="checkbox"/> 眼精疲労 |
| <input type="checkbox"/> 胸のシビレ | <input type="checkbox"/> 外反母趾 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 下痢気味 | <input type="checkbox"/> 更年期障害 |

9. 今まで受けたことがある治療法があればお教えてください(他の症状も含む)

- 接骨院 灸 整体 マッサージ 他()
 鍼 あんま 指圧 カイロプラクティック

10. ご職業

[]

