

問診票（鍼灸マッサージ）

氏名 _____ 性別 男・女

生年月日 M・T・S・H _____ 年齢 歳

住所 〒 _____

連絡先 _____

職業 _____

現在一番お困りの症状についてお答え下さい。

(_____)

思い当たる原因はありますか

(_____)

アレルギーはありますか

金属・花粉症・ぜんそく・食べ物・アルコール・その他

その他の場合 (_____)

以下の病気をした事がありますか？

心臓疾患・糖尿病・高血圧・肝炎・その他

その他の場合 (_____)

どちらで当院をお知りになりましたか？

看板・チラシ・HP・知人の紹介・その他

その他の場合 (_____)