

問診票

初診・再診

来院日 年 月 日

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日 (歳)
住所		ご連絡先
〒		
当院を何でお知りになりましたか？		
紹介・Google 検索・SNS・ポータルサイト・看板・その他 () ※当てはまるものに○をお付けください。		

① どんな症状でお悩みですか？（例：肩こり、腰の痛み、肌のくすみ など）

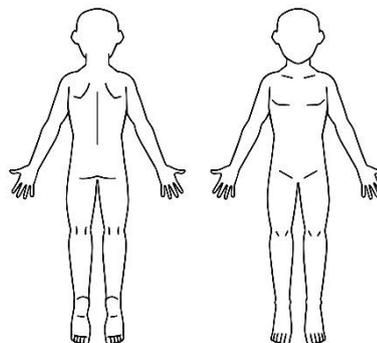
② 右記の図へ、症状を感じる部位を○でご記入ください。

③ 上記の症状で病院の診断を受けられましたか？

（ はい ・ いいえ ）

診断内容

（例：五十肩、ヘルニア、自律神経の乱れ など）



④ 過去に鍼灸を受けたことはありますか？

（ はい ・ いいえ ）

⑤ アレルギーはありますか？

はい（ 金属・花粉症・ぜんそく・食べ物のアレルギー ） ・ いいえ

※裏面もご記入ください

⑥ 現在治療中、または過去に罹った病気はありますか？

ない

ある ()

⑦ その他、伝えておきたいことがありましたらご記入ください。

質問は以上です。ご記入いただきありがとうございました。

※ご記入いただきました情報は個人情報保護法に基づき厳重に取り扱い、治療以外の目的には一切使用いたしません。