

【下記の枠線内をご記入の上、来院時に受付へご提出ください。】

初診料500円割引

初 診 表

No. _____

初診日 年 月 日

ふりがな 氏名	男 女	未婚 既婚	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所 〒				TEL () -
職業				
本日来院の理由、また一番つらい症状は何ですか？				
その症状はいつ頃から始まりましたか？				
その症状について医師の診察を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい → 病院名： <input type="checkbox"/> いいえ				
その症状についてどこかで治療を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい → 治療の種類： <input type="checkbox"/> いいえ				
他に気になる症状がありましたらお書き下さい。				
現在、他の症状や病気で通院したり、薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい → 症状： <input type="checkbox"/> いいえ				
これまでに大きな病気・怪我をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい → 時期： 病気・怪我名： <input type="checkbox"/> いいえ				
これまでに鍼灸治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい → 時期： <input type="checkbox"/> いいえ				
嗜好品について 1) 酒 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない 2) タバコ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない				
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> いいえ				
女性の方のみお答え下さい。 妊娠の可能性は <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
越石鍼灸院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介(紹介者：) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 雑誌(雑誌名：) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他()				

越石鍼灸院