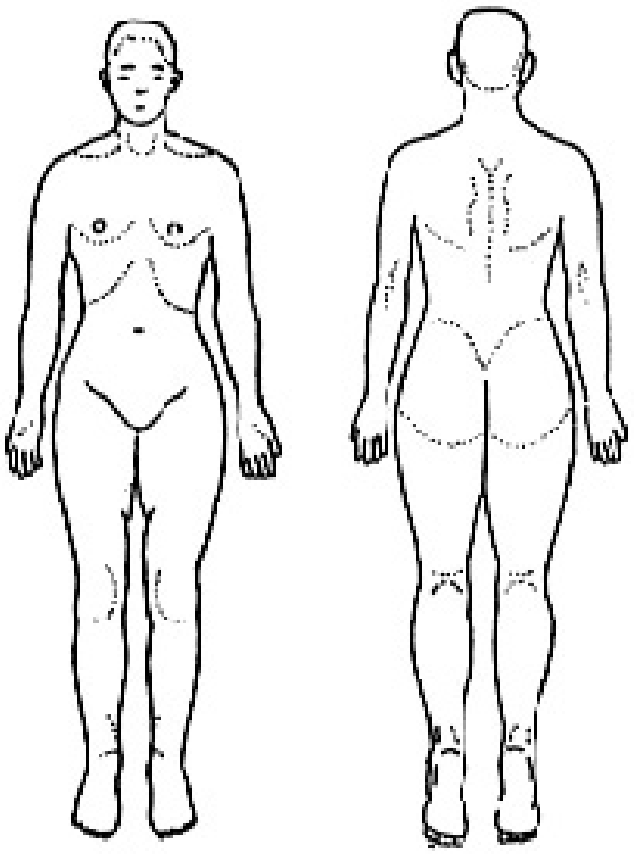
記入日　　年　　月　　日

フリガナ 氏　　名　　様	生年月日　　（　　歳） 西暦　　年　　月　　日	男 女	職業
住　　所　〒		電　話	
メールアドレス（**LINE** 登録済みの方は不要です）			

① 何がきっかけで当院を知りましたか？　当院を選ばれた理由もあわせて教えて下さい。

② どんなお悩みがありますか？

③ 一番つらい所はどこですか？
（右の絵に記入して下さい）



いつから

どのように

④ その症状に関して医師の診察を受けていれば、
お書き下さい。

診断名

受けた治療、薬

⑤ これまでに大きな病気・けが・手術の経験がある方は、何歳の時かも含めてお書き下さい。

⑥ どんなことをお望みですか？（１つに丸をお付けください）

とりあえず症状がおさまれば良い　・　根本的な改善を望む　・　リラクゼーション

⑦ ご希望の施術内容をお選びください（複数回答可）

手技（手による施術）　・　鍼（はり）　・　運動療法　・　セルフケア指導

⑧ その他リクエストがあればお書きください。