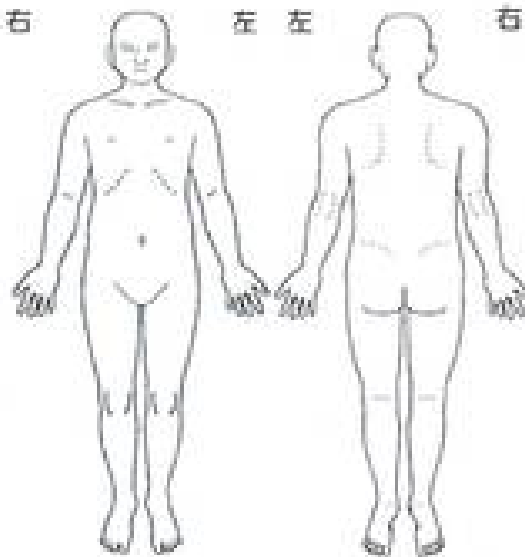


予 診 表

年 月 日

ふりがな	生年月日 昭・平
氏名 様	年 月 日生 歳
住所(〒 -) ※マンション名もご記入下さい 保険証登録のご住所ですか？(はい・いいえ)	
※予約を取る際に使用する顔面が高い方に○を付けて下さい <input type="checkbox"/> 自宅(必須) () - <input type="checkbox"/> 携帯(必須) () -	職業 (症状把握の為、なるべく詳しく)
当院は何で知りましたか？(複数回答可) インターネット・タウンページ・チラシ・看板・ご紹介 () 様 その他 ()	

① 凝り・痛み・痺れなどお身体の気になる所に○、一番気になる所は◎をお書き下さい



③ これまでかかったことのある疾患名や手術歴を教えてください
 特にない うつ病 糖尿病 関節リウマチ 脳疾患
 心臓疾患 肝炎()型
 その他感染性疾患()
 (それはいつ頃ですか?)

④ ご両親・ご兄弟が大きな病気にかかったことはありますか？
 ある () ・ ない

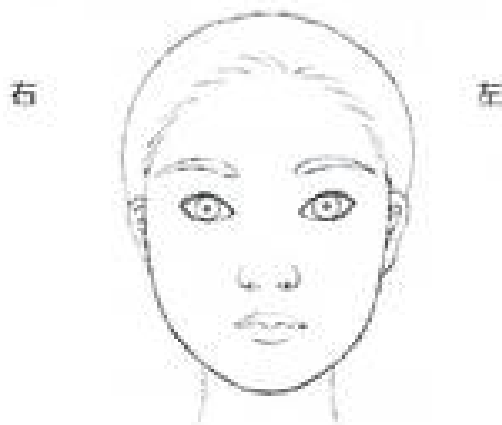
⑤ 現在、定期的に病院・整骨院・鍼灸・マッサージなどに通われていますか？
 はい(何に通われていますか?) () ・ いいえ

⑥ お通じの状況(正常・下痢・便秘) ()日

⑦ たばこは摂取されますか？
 はい () 本/日 () ・ いいえ

⑧ 美容鍼灸、ボトックス注射、ヒアルロン酸注射、フェイスリフトなど過去に受けたことのある施術があれば教えてください
 (施術内容:)
 (いつ頃:)

② 気になる所を図にお書き下さい



⑨ 女性のみお答え下さい
 生理周期は(順調・不順・閉経)
 ()日周期、生理痛が(ある・ない)

⑩ 美容鍼灸治療について【a】、【b】どちらかを選んで下さい
 【a】お直し、特別な日だけリフトアップ出来れば良い
 【b】身体の調子を整え、健康的目づ美しくなれるのなら、定期的に通いたい