

年 月 日

うらさき鍼灸院

ふりがな 氏名	男・女	年 月 日生 歳
住所 (〒 -)		
電話 () -	職業	

どのようなことでお困りですか？

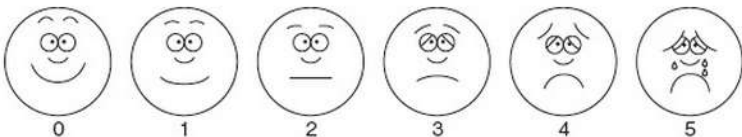
上記の症状でこれまでに医療機関を受診されましたか？ はい いいえ

その他、現在治療中の症状や、気になる症状

鍼灸治療を受けたことは ある ない	これまでにかかった病気 (疾患名)
現在、服用中の薬は ある() ない	手術を受けたことは (疾患名) ない

飲酒 /日	タバコ /日	平均睡眠時間 時間/日
-------	--------	-------------

痛みの強さ



0 痛みが全くなく、とても幸せである。
 1 わずかに痛みがある
 2 もう少し痛い
 3 もっと痛い
 4 とても痛い
 5 これ以上考えられないほど強い痛み

通院の目的、通院ペースのご希望 <input type="checkbox"/> できるだけ早く症状を改善したい <input type="checkbox"/> 無理のないペースでじっくり取り組みたい <input type="checkbox"/> つらい時だけ対応してほしい <input type="checkbox"/> 可能な限り、全ての症状を改善したい <input type="checkbox"/> 今困っている症状だけ改善したい <input type="checkbox"/> おまかせしたい	その他のご要望
---	---------

当院をどこで知りましたか？(該当するもの全てに○)

<input type="checkbox"/> Googleマップ <input type="checkbox"/> Google、yahoo検索 <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> 鍼灸コンパス <input type="checkbox"/> 鍼灸ネット・京都府鍼灸師会ウェブサイト <input type="checkbox"/> X(Twitter) <input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> ご家族、ご友人、お知り合いに聞いて <input type="checkbox"/> 前を通りがかって <input type="checkbox"/> 電話帳で見て その他() ご紹介()様)
---	--