

ふりがな 氏名	性別
生年月日	年 月 日
アレルギーの有 無	有の方は原因をご記入ください
住所	
電話番号 メールアドレス	
職業	
身長	体重

1)どうされましたか？

2)それは、どのような症状ですか？

3)いつ、どのようにして発生しましたか？

4)病院にいかれましたか？

また、その他治療中の病気、
怪我はありますか？

5)現在服用されてるお薬はありますか？

6)ご家族で病気治療、内服されてる方はいらっしゃいますか？

7)鍼、きゅう施術は初めてですか？