

# 予診表

年 月 日 御予約 様

ふりがな	生年月日
氏名: _____	男・女 T S H R 年 月 日( 歳)
住所(〒 _____)	都道府県 市区町村
次回ご予約の際、前日にメールでお知らせいたします。明確な記入をお願いします。	
E-mail: _____	@ _____ TEL _____

職業 会社員・自営業 ( ) 主婦・パート・学生 ( ) 部)・無職

当院を何で知りましたか? ご紹介者様のお名前 ( )様

看板 HP Instagram google 鍼灸コンパス その他( )

症状はいつからですか?( 月 日 時頃)

どの部分をどのようにして痛めましたか?( )

何をするとどのように痛みますか?( )

熱感/腫れ/痺れ/浮腫/疲労/倦怠感/こり/頭痛(緊張, 低気圧)/眼精疲労/眩暈/耳鳴り(左, 右)  
睡眠障害(寝つき, 浅眠)/胃腸(便秘, 下痢)/頻尿/冷え/吐気/PMS/不妊(未治療, 治療中)/脱毛  
更年期症状/自律神経症状(息苦しさ, 喉のつかえ, 動悸, のぼせ, 汗, 不安, 気力低下)  
その他現在の症状をできるだけ詳しくご記入ください。

( )

現在の症状でおかかりの医療機関・鍼灸/接骨院等( )

レントゲン/MRI (撮影日 ) (結果 )

診断名・治療内容( )

当月に医療機関を受診し内服薬や湿布・塗り薬等を処方されましたか はい / いいえ

接骨院での治療の際に保険診療にかかられたことがございますか はい / いいえ

保険組合等の治療に対する調査書をご存じですか はい / いいえ

既往歴・手術歴・内服中のお薬等( )

**希望される治療を○で囲んでください**

★鍼灸治療(一部保険取り扱い, 実費診療)→鍼灸治療経験 有/無 ★鍼局所(1 部位)治療

★美容はり(顔) ★小児鍼 ★インディバ高周波治療 ★温灸 ★カップリング

★グラストン・テクニック[筋・筋膜リリース]

☆外傷性(怪我)/接骨治療(保険診療のみ) ☆症状相談の上で検討

◆その他ご要望や伝えておきたい事、心配な事などございましたら裏面にご記入下さい。