

鍼灸治療 初診受付表

R 年 月 日

フリガナ	男・女					
氏名	生年月日	S H	年	月	日	歳
身長体重	cm	kg	平熱	°C	血压	/ mmhg
住所	〒					
職業			家族構成			
連絡先	自宅 ()	—	携帯 ()	—	メールアドレス	

◆ 当院を何で知りましたか？ にチェックを入れてください。

ご紹介 () ホームページ インスタグラム その他 ()

◆ 症状を詳しくお書き下さい。

◆ 生活状況について

睡眠	入眠 : 起床 : 途中 回起きる (トイレ・物音・その他 ()) 寝つき (10分以内・30分以内・1時間以上・分からない) 寝起き (5分以内・10分以上・30分以上)
排便	小便 回/日 残尿感 (有・無) 排尿痛 (有・無) ★生理状況 () 大便 回/日 性状 (水っぽい・泥状・ヘビの様・バナナ・コロコロ) 排便痛 (有・無)
食事	
趣味	
服薬	

◆ 今までに病気やケガで、入院や手術をする様な事がありましたか？

◆ ご家族の方で持病のある方やアレルギーの方はおられますか？

※ 女性の方へ 妊活中・妊娠中・授乳中

◆ 当院へのご意見ご要望がございましたらお知らせください。