

【下記の枠線内をご記入の上、来院時に受付へご提出ください。(初診料の割引があります。)

## 初 診 表

No. _____				初診日	年	月	日
ふりがな 氏名	男 女	未婚 既婚	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)			
住所 〒				TEL ( ) -			
職業							
本日来院の理由、また一番つらい症状は何ですか？							
その症状はいつ頃から始まりましたか？							
その症状について医師の診察を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい → 病院名： <input type="checkbox"/> いいえ							
その症状についてどこかで治療を受けましたか？ <input type="checkbox"/> はい → 治療の種類： <input type="checkbox"/> いいえ							
他に気になる症状がありましたらお書き下さい。							
現在、他の症状や病気で通院したり、薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> はい → 症状： <input type="checkbox"/> いいえ							
これまでに大きな病気・怪我をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい → 時期： 病気・怪我名： <input type="checkbox"/> いいえ							
これまでに鍼灸治療を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい → 時期： <input type="checkbox"/> いいえ							
嗜好品について 1) 酒 <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない 2) タバコ <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない							
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> いいえ							
女性の方のみお答え下さい。 妊娠の可能性は <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
越石鍼灸院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介(紹介者： ) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 雑誌(雑誌名： ) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他( )							