

フリガナ	生年月日
名 前	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 ( 才)
住 所 〒 _____	電 話 番 号
	メールアドレス

1) どの様な症状でお困りですか？

2) 上記の症状で以前どこかに通院されていませんか？

- 整骨院     整形外科     病院  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

3) 持病はありますか？

- なし  
 病名 \_\_\_\_\_

4) 現在、薬を服用していますか？

・どんな薬ですか？

・どのくらいの期間服用していますか？

5) 質問はありますか？

※症状のある個所を○で囲んでください。

