

ライフ総合治療室 問診表（初診用）

初診 平成 年 月 日

フリガナ				生 年 月 日 ・ 年 齡
氏名				年 月 日生（ 歳）
住所			紹介者	
電話			職 業	
最もつらい症状は何ですか？（複数可）				
痛いところに○印をお記してください。（複数可） 肩・首・背中・腰・肘・手指・足指・頭・目・顎・のど・お腹				
病院では何という病名で診断されていますか。				
通院している病院、または通院や入院した病院。				
服用している薬はありますか。（わかる範囲でご記入ください）				
血圧	高い・正常・低い		糖尿病の有無（有・無）	
身長	cm	体重	kg	鍼灸・指圧・ マッサージの経験 初めて・経験あり
施術に際し、何かご要望などありましたらご記入ください。				