

プラチナ治療院

問 診 票

No.

令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	大正、昭和、平成、令和 年 月 日 才
氏名		
住所		
電話番号（自宅・携帯）	職業	緊急連絡先 （間柄）

鍼治療をどのようにして知りましたか？

紹介（知人・先生・他院）、その他

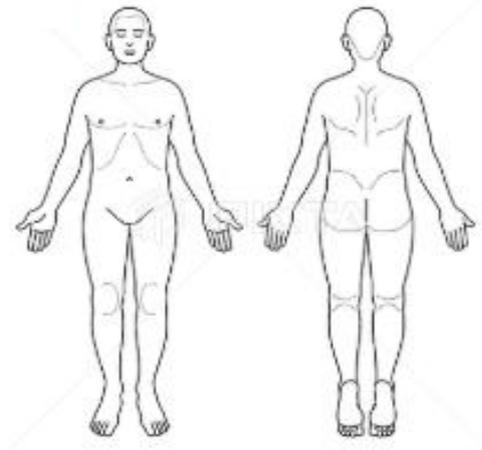
1. 鍼治療の経験はありますか？

はい →いつ頃・どこで

いいえ

2. 今回はどこがつらいですか？

*症状がある部位を○で囲んでください



3. その症状はいつからですか？

4. その症状の原因で心当たりはありますか？

5. その症状で受けた病院、そこでの診断名、検査、治療内容などを書いてください

病院名：

診断名：

検査：血液・尿・レントゲン・CT・MRI・エコー・その他

治療内容：手術・薬物治療（飲み薬など）・注射・その他

6. 今までにかかったことのある病気はありますか？

7. 今、お飲みになっているお薬はありますか？

ご協力ありがとうございました