



宮本鍼灸治療院問診票



お名前(フリガナ)	
ご住所 〒	
生年月日(年齢)	電話番号 携帯番号
当院は何でお知りになりましたか？	
主訴(一番つらい症状について、いつから始まりどのような経過であるかお書きください)	
医師の診断や検査を受けられましたか？ いつ頃・結果・診断名	
その他の症状(気になることを何でも書いてください)	
既往歴(今までにかかった病気や大きなケガ)	
服用中の薬(わかれば薬の名前も書いてください)	
アレルギーの有無(鼻炎、アトピー、金属など)	

クーポン

このページを印刷してご記入し、初診時に受付に提出して下さった方には、初診料より500円割引いたします。
プリンターのない方は、この内容をお手元の紙に記入してご持参ください。