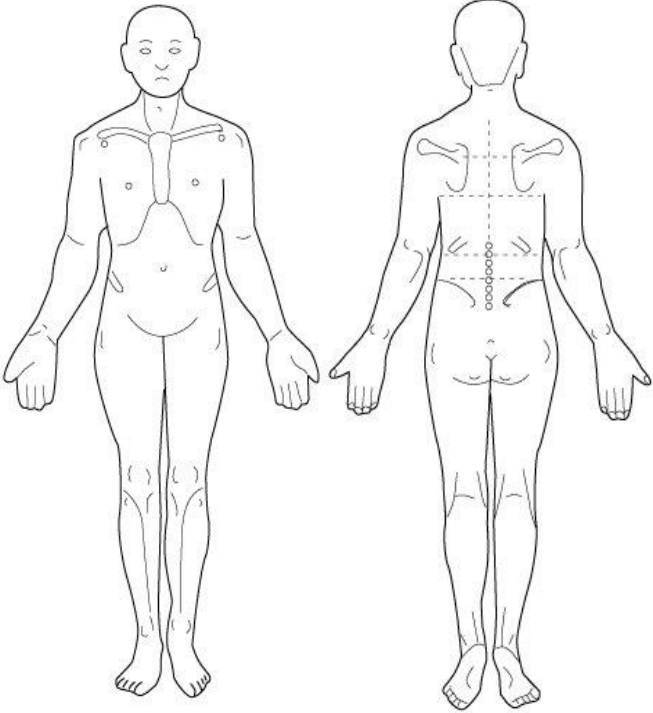


Holistic Design ACuMo KARTE

令和 年 月 日 記載

※患者様からの情報は治療以外の目的で使用することはありません。

フリガナ				男 ・ 女	未婚 ・ 既婚	生年月日 年 月 日 (満 才)
お名前						自宅電話: 携帯電話: e-mail : 緊急連絡先:
住所	(〒)					
ご職業	会社員・自営業・パート・アルバイト・主婦(専業・兼業)・学生・無職・その他 PC操作(有・無)・・・有の場合は1日に何時間使用しますか? 約 時間					
鍼灸治療経験	有・無	血液型	A・B・O・AB	メガネ・コンタクト	視力	右 左
来室動機	紹介者名:()様・ホームページ・Facebook・blog・自宅が近い 手紙やe-mail等をお送りしてもよろしいですか? 手紙: はい・いいえ e-mail: はい・いいえ					
身長:	cm	体重:	kg	平熱:	℃	血圧: / 不整脈: 有・無
アレルギー 無・有(食品・植物・金属・薬・日光・化粧品・湿布・アルコール) ↳ どのようなアレルギーですか?						
<p>お身体の不調や気になる場所はどこですか? 例:肩こり、腰痛、頭痛、生理不順、耳鳴り 具体的にお書きください。</p> <p style="color: red;">症状のあるところに/////で示してください。</p> <p>症状はいつ頃からですか?</p> <p>何をしている時に1番痛いですか?</p> <p>何か原因はありますか?</p> <p>病院で診断を受けましたか? (はい・いいえ) 診断名:</p> <p>治療中の病気はありますか? (はい・いいえ) 治療内容: 薬:</p>						
						
<p>宗教・国籍、何かの事情により治療に際し特別な配慮をご要望の方はご記入ください。</p>						