

# 予診票

※太枠内は必ずご記入下さい

ふりがな		性別	男 ・ 女			
名前						
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	年齢	歳
住所	都・道・府・県		市・町・村			
電話番号	【自宅】	【携帯】				

下記内容に関しましては、分かる範囲でお答え下さい。

いつから症状が出ていますか？(例／ 1週間前から など)

どのような症状ですか？現在までの経過(例／突然痛くなって、今は少し良くなっている など)

これまでの大きな病気はされていますか？(例／心筋梗塞、脳梗塞、糖尿病 など)

なし ・ あり(

現在、受診中の病院・クリニック等がありますか？ また、内服されているお薬はありますか？

通院していない ・ 通院している(医療機関: )  
内服薬

今回の症状に関してどちらかにかかられましたか？

金属やアルコール、ラテックスにアレルギーはありますか？

なし ・ あり( )

大矢鍼灸接骨院