

# ご予約申し込み用紙

ご記入日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ )

ふりがな： \_\_\_\_\_ 明・大・昭・平  
お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 性別：男・女

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_ ご職業： \_\_\_\_\_

来院希望日：※希望日と時間を第二希望までお書きください。

第一希望日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_ ~

第二希望日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ ) : \_\_\_\_\_ ~

症状について：

①お困りの主な症状は何ですか？

②いつ頃から、どのようにお困りですか？

③この症状で病院・鍼灸院・整骨院にかかられましたか？ はい / いいえ

いつ頃： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_

④金属アレルギー・消毒液への過敏症はありますか？ はい / いいえ

⑤高血圧・糖尿病・心臓病・肝炎の病歴がありますか？ はい / いいえ

⑥女性の方にお伺いします。現在妊娠されていますか？ はい / いいえ

初産 / 経産 ( \_\_\_\_\_ 人目) 妊娠 \_\_\_\_\_ 週目

⑦ご希望の治療、または苦手な治療はございますか？ はい / いいえ

希望： \_\_\_\_\_ 苦手： \_\_\_\_\_

当院から日程の確認のFAXを送らせていただき、ご予約完了となります。

ご希望通りの日程にご予約できないこともございますので、予めご了承ください。

大野鍼灸接骨院

FAX : 042-743-9100