

問診票

お名前：	生年月日/ご年齢：	性別：
ご住所：	電話：	
ご職業：		
これまでどんなご病気をされましたか？：		
ご病気で亡くなられたご家族の方はいますか？：		
いつごろから、どのような症状が起きましたか？：		
病院で診断は受けましたか？：(病院名・診断名)		
今までどんな治療を行ってききましたか？：		
現在服用されているお薬はありますか？：		
現在、特につらい症状がありますか？：(なるべく具体的に)		
嗜好品はありますか？：(酒、たばこ、甘味、塩気、辛味、油もの、肉、野菜、果物など)		
ご希望の治療法はありますか？：		
施術者に聞きたいことや伝えたいことがございますか？：		