

再診の場合…※ 適切な治療をしたいのであなたのご様子詳しく教えてください。

カウンセリングシート

No. _____

年 月 日

本人 家族 1・2・3 割

※ 名前	フリガナ	生年月日		性別
	様	年 月 日 / 歳	男・女	
住所	フリガナ	職業	体温	℃
	〒			
TEL	() - 携帯 () -	紹介者	様	

●担当する先生への性別の希望はありますか？（男性・女性・特に気にしない） ※希望に添えない場合がありますがその際はご了承下さい

●プライベートカーテン(ベット周りのカーテン)は必要ですか？（いる・いない・気にならない）

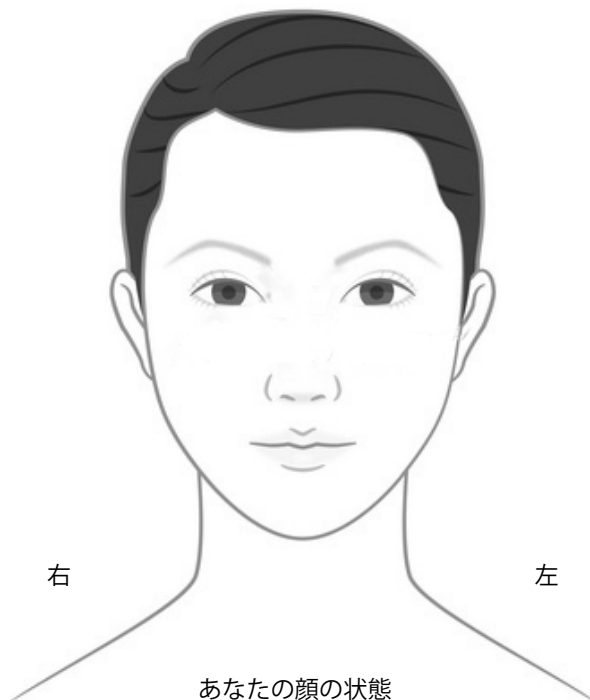
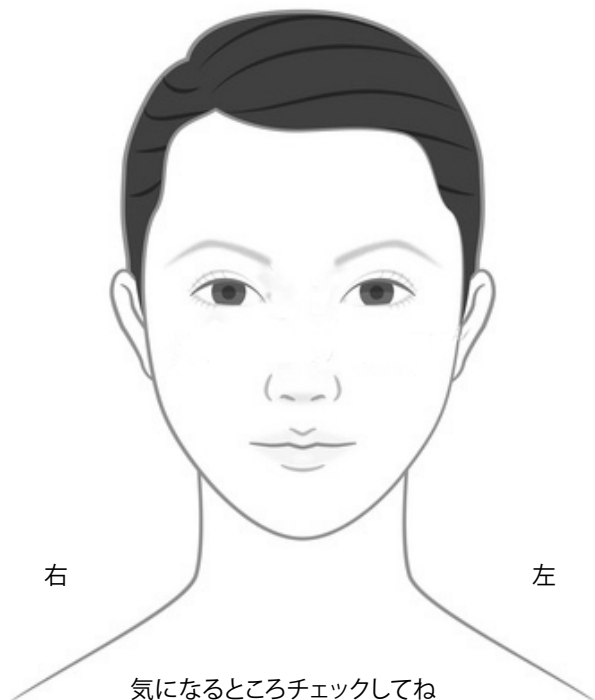
●当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。該当するものすべてに をつけてください。

通りがかり ご紹介 チラシ ネット(検索ワード_____)

●今までご自身が経験されたもので、該当するものすべてに をつけてください。

- 整骨院治療
- 鍼灸治療
- 整形外科リハビリ
- 整体
- 背骨矯正
- ストレッチ
- カイロプラクティック
- 実費マッサージ
- 足つぼ
- エステ
- オイルマッサージ
- 骨盤矯正

※ ●今、気になっている場所を図に○で囲んでご記入下さい。



●交通事故に遭われた経験がありますか？

自分： 事故日 _____

・ 親戚がある・知人がある・全くない

その他注意事項 回数券買取はいつでもOK ※九割で買取の形になりますご了承下さい

領収書について (不要・毎回・月まとめて)

