

再診の場合…※ 適切な治療をしたいのであなたのこと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		
	〒			
携帯	() -	Email	紹介者	様

● 上記、記載の情報は院からのお知らせ(お休み連絡等※年に1~3回程)に使用させて頂く事がございます。 同意する

● 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)

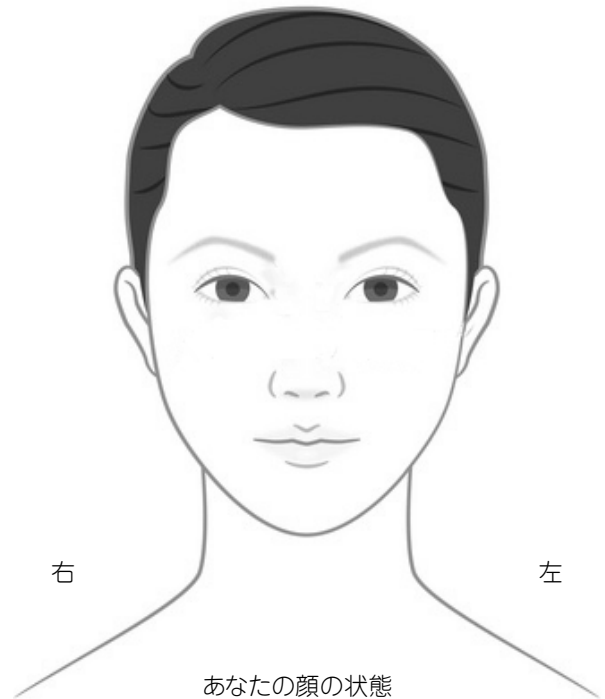
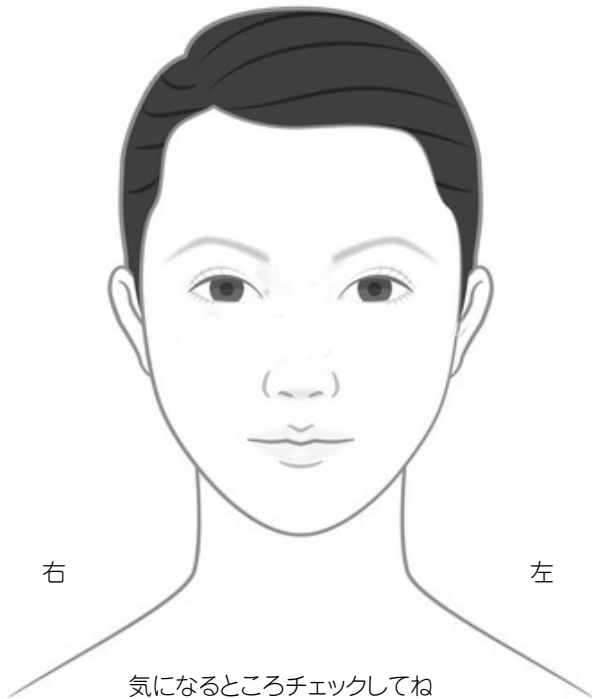
● 当院を選ばれた理由をお聞かせ下さい。該当するものすべてに をつけてください。

通りがかり ご紹介 チラシ ネット (検索ワード _____) その他

● 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)

