



# 宮本鍼灸治療院問診票



お名前(フリガナ)

ご住所

〒

生年月日(年齢)

電話番号

携帯番号

当院は何でお知りになりましたか?

主訴(一番つらい症状について、いつから始まりどのような経過であるかお書きください)

医師の診断や検査を受けられましたか? いつ頃・結果・診断名

その他の症状(気になることを何でも書いてください)

既往歴(今までにかかった病気や大きなケガ)

服用中の薬(わかれれば薬の名前も書いてください)

アレルギーの有無(鼻炎、アトピー、金属など)

## \*クーポン\*

このページを印刷してご記入し、初診時に受付に提出して下さった方には、初診料より500円割引いたします。  
プリンターのない方は、この内容をお手元の紙に記入してご持参ください。