

銀座漢方 天クリニック

年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名		年 月 日 (歳)	
		性別 男・女	職業
住所	〒	電話番号	
		携帯番号	
メールアドレス			
身長	cm	体重	kg
		平熱	℃
受診した理由 つらい症状			
症状の経過			
ご家族で大病された方	*いらっしゃいましたらご記入ください		
今までにかかった大きな病気 (手術 なし・あり (手術名			
通院中の他の診療施設・病名 (診療施設 (病名 (服用中の薬やサプリメント			
アレルギー	なし・あり (薬	食物	その他
好きな飲食物	酸味・苦い味・甘い味・辛い味・しょっぱい味		冷たいもの・温かいもの (その他
嗜好品	飲酒： 飲まない・飲む (
	喫煙： 吸わない・以前吸っていた・吸う (一日 本)		
運動習慣	ほぼ毎日運動する・時々運動する・ほとんどしない・全くしない		
ご希望の施術	鍼灸・アロマトリートメント・カイロプラクティック・アーユルヴェーダ		
サプリメント	タイ古式・リンパドレナージ・ロルフイング・楽医舞療法・バランスセラピー		
当院をどのようにして	HP・ブログ・チラシ ()		
知りましたか	ご紹介 ()		