

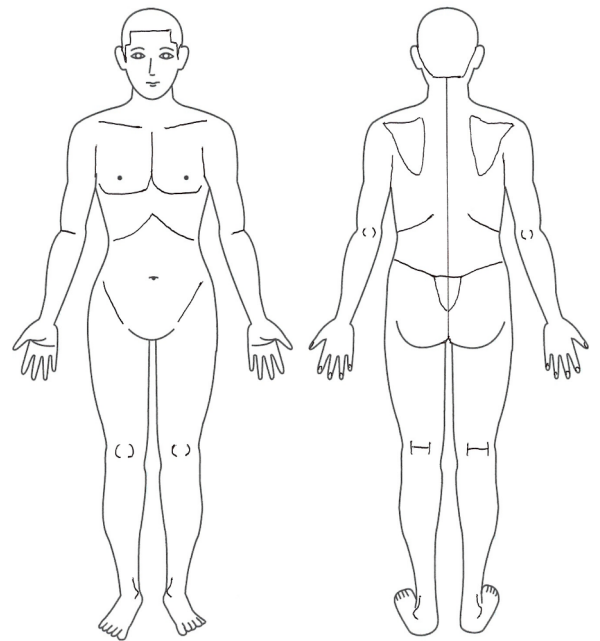
# カウンセリングシート①

初診日 年 月 日

フリガナ お名前	〒	様	住所		
男・女 携帯	生年月日 - -	西暦 自宅	年 月 日 - - mail @	歳	職業
ご来院のきっかけ 紹介 ( ) 様) ホームページ エキテン その他 ( ) どんな言葉でホームページを検索しましたか? 例: 可児市 肩こり ( )					
はり治療をしたことがありますか? はい・いいえ 今までに受けたことがある治療は? 鍼灸 整体 接骨 カイロ その他 ( )					

- ①. a,どの様な症状ですか? b,いつ、どの様な状態で症状がでますか?  
c,いつからですか? d,思い当たる原因はありますか?

a,  
b,  
c,  
d,



- ②.医師に診察してもらいましたか?

はい・いいえ 病院名 ( )  
診断名 ( )  
どの様な治療をしていますか?

- ③.症状のある場所を丸で囲んでください

- ⑤.上記の症状以外の病気で、現在受けている治療はありますか?

- ④.どの様に治療をしたいですか?

- ・今ある症状を感じなくなればそれでいい【症状改善コース】
- ・症状を原因から根本改善し、再発予防をしたい【根本改善コース】
- ・根本改善をした後も、体のメンテナンスを継続したい【健康維持コース】