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　　生年月日　西暦　　年　　月　　日　　歳　　職業

携帯　　-　　-　　自宅　　-　　-　　mail　　@

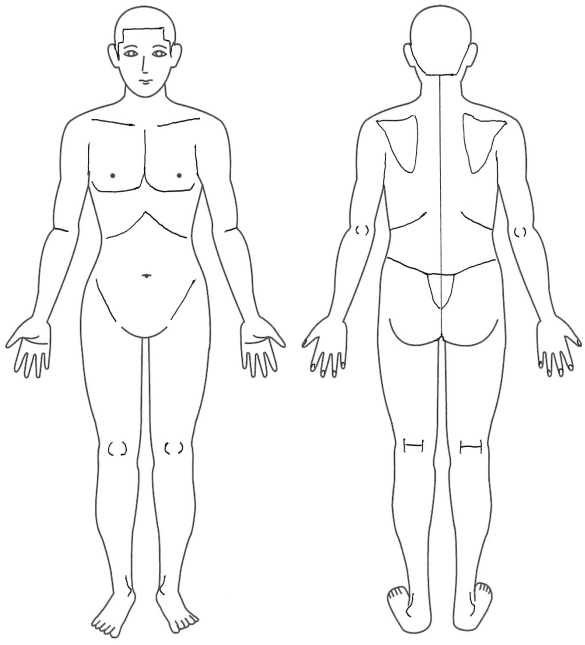
ご来院のきっかけ　紹介（　　様）　グーグル検索　グーグルマップ　インスタグラム　フェイスブック

その他（　　）　どんなキーワードで検索しましたか？　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.　1,どの様な症状ですか？　2, いつからですか？　3,思い当たる原因はありますか？



③.症状のある場所を丸で囲んでください

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？

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.今回のご来院にあたり、ご希望に最も近いものをお選びください。

□ まずは初回の施術を受けてみたい。今のところ、1回の施術を希望している。

□ まずは自分の体の状態や不調の背景について、検査・説明を受け、施術を体験してから今後の通院を検討したい。

□ 症状の改善を目指し、必要な施術や通院について相談しながら取り組みたい。

□ 症状の改善だけでなく、再発予防や体質改善、その後の定期的なメンテナンスまで考えている。