

初診者受付カード

初診月日	年 月 日				
フリガナ		住所	〒		
氏名	男・女				
生年月日	年 月 日 (歳)	血液型	型	体重 kg	身長 cm
電話		紹介者			
職業		過去に鍼灸の治療を受けた経験	あり ・ なし		
家族	未婚 ・ 既婚	子供	人	e-mail	
主訴					
既往歴					
家族歴					
現在服用中の薬	あり ・ なし				

初診者受付カード

初診月日	年 月 日				
フリガナ		住所	〒		
氏名	男・女				
生年月日	年 月 日 (歳)	血液型	型	体重 kg	身長 cm
電話		紹介者			
職業		過去に鍼灸の治療を受けた経験	あり ・ なし		
家族	未婚 ・ 既婚	子供	人	e-mail	
主訴					
既往歴					
家族歴					
現在服用中の薬	あり ・ なし				