

年 月 日

自費問診表

フリガナ		生年月日	身長 () cm
お名前		昭・平・令 年 月 日 () 歳 男・女	

〒 - 住所

電話番号（携帯番号） ()

メールアドレス (ご予約の際に必要となります)

① 当院はどのようにして知りましたか？

A ホームページ B 自宅・職場が近く C ご紹介（紹介者 様） E 以前通院していた

② マッサージの強さのご希望はありますか？

・強いほうがいい ・普通でいい ・軽めがいい ・わからない

③ 現在お怪我をされていますか？ また触ってほしくない部分がありますか？

・特になし あり ()

④ 今まで大きな怪我や手術の経験はありますか？また持病はお持ちですか？

・特になし あり ()

⑤ 治療中、会話のご希望はありますか？

・特になし ・必要最低限にしてほしい

⑥ つらいところに○印をつけてください。

