受　付　票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな	
氏名	
生年月日	
住所	〒
TEL	
E-mail	
来室のきっかけ	□紹介（　　）　□ホームページ　□Google Map □その他（　　）

お困りごと

どこが？	
どんな時に？	
どうした？	
いつから？	

現在治療を受けていますか？

□受けていない　□受けている　□受けていた（　　日前・ヶ月前）	
どこで？	
どんな治療？	

裏へ続く

該当する疾病等はありますか？

□脳梗塞　□脳出血　□その他の脳血管疾患　□神経難病

□骨折（　　）　□靭帯・腱損傷（　　）　□筋損傷（　　）

□高血圧　□糖尿病　□　リウマチ　□ヘルニア　□骨粗しょう症

□循環器疾患　□呼吸器疾患　□消化器疾患　□腎疾患　□泌尿器疾患

□腫瘍　□その他（　　）　□特になし

ご要望等、ご自由にお書きください

ありがとうございました