

治療申込み票

年 月 日

お名前 _____

電話番号（自宅：_____ / 携帯：_____）

〒_____ ご住所 _____

生年月日（明治・大正 / 昭和・平成） _____年____月____日（____才）

メールアドレス _____

①docomo.ne.jp ②softbank.ne.jp ③i.softbank.jp ④au.com ⑤その他（ _____ ）

○当院をどのような経緯で知って頂けましたか？(インターネット・チラシ・紹介・その他)
（ _____ ）

○なぜ数ある治療院の中で当院を選ばれたのですか？
（ _____ ）

○現在、お身体の不調で日常どのような問題を感じていますか？
（ _____ ）

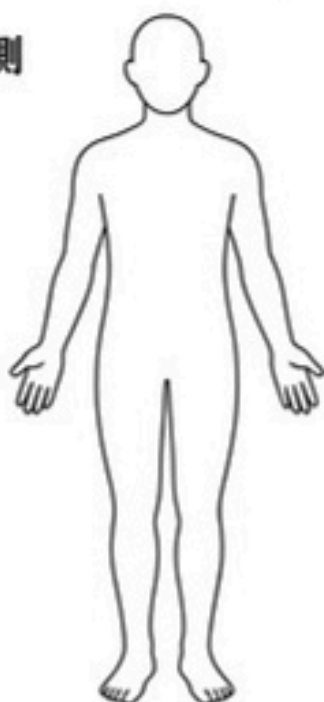
○今の症状によりあなたが最も不安に感じていることは何でしょうか？
（ _____ ）

○当院に通院する妨げがあるとすればどういった事がありますか？
（ _____ ）

○現在の問題を何としても解決しないといけない明確な理由は何ですか？
（ _____ ）

○痛む所を全て○印をお付け下さい。

体の前側



体の後側

