

お電話にて来院の予約を済ませた方は、こちらの間診票にご記入いただき、FAX もしくはメールフォームにて、来院までにお送り頂きますようお願い致します。

FAX の送り先 / 06-6942-9411

[メールフォーム](#) (クリックするとホームページが開きます。)

問 診 票

あなたについて教えてください

ふりがな	
お名前	
年齢	
住所	
電話番号	
メールアドレス	
ご予約日時	

今までの病気に関する経歴をお聞かせ下さい

<< 通院経歴 >> ※1病院につき1枚でご記入ください。

1. 通院されていた病院を教えてください。

2. 病院で診断された病名は何ですか？

3. いつ頃から発症しましたか？

4. 病院に通院していた時期を教えてください。

5. どんな治療を受けましたか？

6. 治療に使った薬の名前と、薬を服用または使用した期間を教えてください。

*複数の病院に通っていた場合、このページをコピーしてご記入ください。

<< 治療方法 >>

以下の中から、今まで行ったことのある治療方法**全て**に○をつけて下さい。

(1) 食事療法	(2) ダニ除去	(3) 酸性水療法	(4) アルカリイオン水両方
(5) 丹羽療法	(6) SOD 療法	(7) クロレラ	(8) 漢方 (煎じる・顆粒)
(9) 断食療法	(10) コラーゲン療法	(11) 玄米菜食療法	(12) 回転食
(13) 減感作療法	(14) 光線療法	(15) 紫外線療法	(16) 鍼・灸
(17) 整体	(18) 森林浴療法	(19) しそ油	(20) イソジン消毒
(21) 入浴剤療法	(22) 気功	(23) 理学療法	(24) ステロイドの注射・点滴 (パルス療法)
(25) 循環濾過温浴器 を使用しての入浴	(26) プラセンタの点滴	(27) 育毛サロン	(28) ムコ多糖類療法
(29) DHA 療法	(30) サンクエス水療法	(31) 温泉療法	

(32) その他 ()

<< 最後に >>

当院での治療に関して、どのようにお考えですか？治療に対する気持ちを自由にご記入ください。
