

ふりがな 氏名	
住所	〒
電話番号	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
被保険者住所	

注) 被保険者住所は遠隔地保険証を持っている方のみ記入してください

- ・ 症状とその場所をご記入ください。

- ・ 痛み止めを服用されてる方は服用期間・頻度をご記入ください。
服用期間 年 ヶ月 ・ 一日 錠 ・ または時々

- ・ 鍼は初めてですか? はい ・ いいえ

- ・ 鍼治療は多少痛みを伴いますので、鍼が初めての方や慣れていない方には効果や治り方は緩やかであります。最初のうちはストレスの少ない治療の進め方もご提案いたしております。
ご希望される方は下記該当事項に丸印をお付けください。

※ 緩やかな治療を希望

治療前にお読みください

- ・ 治療中は体全体の力を抜いてリラックスしてください。
- ・ また、楽なポジションをとることが重要ですので、ベッドに寝たときに力が入ってしまう場合は施療前に申し出てください。
- ・ 咳が止まらなかったり、途中で気分が悪くなられたら申し出てください。
- ・ 治療時間は1～2時間要します。特にお急ぎの方は前もって申し出てください。
- ・ 治療の際は衣服を脱いでいただきますので、ご了承ください。
- ・ 当院は「トリガーポイント療法」という治療法をとっております。「トリガー」とは「引き金」の意味で、症状を発生させる引き金となる部分を探して治療します。治療は少しずつ、順を追っていたします。詳しくは後ほどご説明いたします。

裏面もご記入お願いいたします