

受付票

NO.

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭・平 年 月 日
お名前			
ご住所	〒 -		
ご連絡先	- -		
メールアドレス			
≪ 当店をどのように知りましたか？ ≫ ホームページ・エキテン・ホットペッパー・看板・チラシ・紹介(様より)・その他			
つらい部位はどこですか？	頭・目・首・肩・腕・背中・腰・股関節・膝・足 その他()		
どのような症状ですか？	ズキズキ痛い・凝る・重い・張る・だるい・しびれる 動かすと痛い・疲れている・その他()		
いつ頃からですか？	1週間以内・1～3ヶ月前・3～6ヶ月前・半年～1年前・それ以上前 その他()		
女性の方へ	※ 妊娠中の施術は、お医者様に許可をいただいている5ヶ月以上の方に限ります。 <input type="checkbox"/> 妊娠中(月) <input type="checkbox"/> 妊娠していない		
≪ 施術に対するご要望などがございましたら、ご記入ください ≫			

～ MEMO ～

