

# JSC 施術カード-1

No.

初診 年 月 日

フリガナ	血液型	タウンページ・本 ( ) ・チラシ・看板 紹介 ( ) ・その他 ( )	Q: 入院、または手術をしたことがありますか? はい ( ) ・いいえ ( )
氏名	男 女	※来院の目的 ①整体 ②光線 ③温熱 ④歯の噛み合わせと生体バランスのカウンセリング ※主訴 (最も改善したい症状)	Q: その他、今までにかかった主な病気は? ( )
生年月日 T, S, H	年 月 日 ( 才)		Q: 過去に歯の矯正をしましたか? はい ( ) ・いいえ ( )
住所 〒			Q: 歯の噛み合わせ、または顎関節症の治療を受けましたことがありますか? はい ( ) ・いいえ ( )
電話 ( )			Q: 現在服用中の薬 ( )
職業 勤務先	保護者名		Q: 過去に服用が長かった薬 ( )
電話 ( )	YG	スポーツ・仕事 (現在 or 以前おこなっていたもの)	

