

問診票

初診 年 月 日  
フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

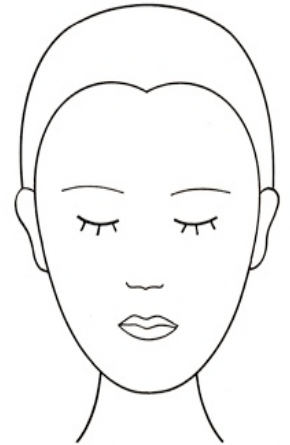
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 ) 紹介者 \_\_\_\_\_ 様

右

左

\* 現在、顔のことで気になることは何ですか？ 右の図(顔)にも記入してください

症状	部位	いつからですか？	いつ起こりますか？



↑ 朝 昼 晩 生理前後など

普段どんなお手入れをしていますか？ \_\_\_\_\_

顔面部に怪我や傷はありますか？ はい (図に記入して下さい) いいえ

麻痺はありますか？ はい (現在 過去) いいえ

金属アレルギーはありますか？ はい いいえ

美容の治療経験はありますか？ はい (エステ 鍼灸 整体 その他) いいえ

美容外科(整形)の経験はありますか？ はい いいえ

はいと答えた方のみ、それはどの様な治療ですか？ \_\_\_\_\_

※シリコンなどを入れている場合は施術できませんので、必ず申告して下さい

\* 体質や慢性病などがあつたら記入してください。

1日の睡眠時間はどのくらいですか？ H/日

お通じは毎日ありますか？ はい いいえ ( 日おき)

何かストレスはありますか？ はい (仕事 対人関係 家庭 その他) いいえ

鼻が詰まることはよくありますか？ はい いいえ

タバコ・お酒は飲みますか？ はい (タバコ 本/日 お酒 日/週) いいえ

現在、歯の治療をしていますか？ はい (虫歯 ブリッジ 矯正 その他) いいえ

過去、歯の治療をしましたか？ はい (虫歯 ブリッジ 矯正 その他) いいえ

\* その他、気になることがありましたら記入して下さい

## 同意書

コスメティックアキュパンクチャーの施術を受けられるにあたり事前にご承知おき頂きたいことがございます。

下記の説明文をご理解頂いた上で本同意書にご署名下さいます様お願い致します。

鍼の施術では皮膚・毛細血管・筋肉などの組織に刺入される為、

常に皮下出血やごくわずかの出血を伴う可能性がございます。

これは生体の正常な反応に類するものであり、施術の過誤によるものではありません。

また皮下出血に起因して稀に青アザが生じる場合もありますが、

個人差により1週間から数週間程度で自然に退少します。

青アザが長期に渡って残ることはありませんのでご安心下さい。

私は上記の件に関して十分な説明を受け理解致しましたので施術を受けることを承諾します。

年 月 日 同意者氏名

印

表参道ビオ東洋医学センター