

年 月 日

初 診 申 し 込 み

フリガナ

名 前

生年月日 (大・昭・平・令) 年 月 日

住 所

(〒)

アパート・マンション名も記入下さい。

電話番号

自宅 ()

携帯 ()

治療を受けたい症状

鍼灸の経験

ある ・ なし

紹 介

看板 ・ 知人 ・ 家族 ・ 医師協診療所
漢方クリニック ・ ホームページ
医療生協ニュース
その他 ()

阪神医療生協の組合員ですか？

はい ・ いいえ

漢方に興味がありますか？

はい ・ いいえ

あなたの健康保険は？

国保 ・ 後期高齢 ・ 社保
その他 ()