

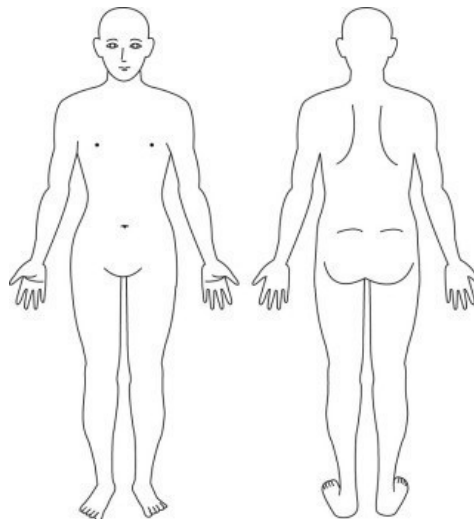
ふりがな		男 女	西暦	年	月	日生 (歳)
氏名							
住所	〒						
電話		職業					

過去に何か大きな病気にかかれたことがあればお書きください。(病名・治療法など)	<input type="checkbox"/> なし
現在、かかっている病気があればお書きください。(いつ頃から・状態・治療法など)	<input type="checkbox"/> なし
今までに鍼灸治療を受けられたことはありますか？	
<input type="checkbox"/> ある (内容:)	<input type="checkbox"/> なし
今までに育毛の鍼灸治療を受けたことはありますか？	
<input type="checkbox"/> ある (病院・治療院名)	<input type="checkbox"/> なし
育毛の鍼の方にお聞きします。1日に何本抜け毛がありますか？(確認できる範囲でお答えください)	
<input type="checkbox"/> 30本以内 <input type="checkbox"/> 30～60本 <input type="checkbox"/> 60本～100本 <input type="checkbox"/> 100本以上 <input type="checkbox"/> 抜け毛は殆どない	
育毛の鍼の方にお聞きします。いつ頃から抜け毛が気になり出しましたか？	
<input type="checkbox"/> ヶ月前から <input type="checkbox"/> 年前から <input type="checkbox"/> 歳の頃から <input type="checkbox"/> 気になっていない	

1. あてはまる症状があればチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/> 金属アレルギー	<input type="checkbox"/> 貧血
<input type="checkbox"/> 多血症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 血小板減少症	<input type="checkbox"/> 血友病	<input type="checkbox"/> HIV		
<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> アルコール過敏症	<input type="checkbox"/> 日光過敏症	<input type="checkbox"/> 白血病		
2. 現在、抗血栓薬を服用していますか？(アスピリン、ワーファリン等)						
<input type="checkbox"/> はい お薬の名前() <input type="checkbox"/> いいえ						
3. 育毛に関係するお薬を服用または塗布していますか？(過去に服用・塗布していた場合も含む) <input type="checkbox"/> していない						
<input type="checkbox"/> ミノキシジル <input type="checkbox"/> プロペシア <input type="checkbox"/> ザガーロ <input type="checkbox"/> その他()を 年 ヶ月間服用						
4. 育毛の鍼の方にお聞きします。タバコは吸いますか？						
<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> (年前 / ヶ月前)まで吸っていた						
5. 育毛の鍼の方にお聞きします。食事の回数を教えてください。						
<input type="checkbox"/> 1日3回 <input type="checkbox"/> 1日2回(朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 1日1回(朝・昼・晩) <input type="checkbox"/> 絶食中						
6. 育毛の鍼と男性機能アップの鍼の方にお聞きします。1日の睡眠時間を教えてください。						
午前・午前 時 ~ 午前・午後 時まで / 昼寝 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない						

7. 育毛の鍼の方にお聞きします。現在、ダイエットをされていますか？ <input type="checkbox"/> している(ヶ月前から/ 年前から) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 以前はしていた(3 ヶ月以内 ・ 3 ヶ月以上前)
8. ストレスはどの程度感じていますか？ <input type="checkbox"/> かなり感じている <input type="checkbox"/> 少し感じている <input type="checkbox"/> あまり感じていない <input type="checkbox"/> 全く感じていない
9. 現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> はい(妊娠 週目 / ヶ月目) <input type="checkbox"/> いいえ
10. 当院を何でお知りになりましたか？(複数選択可) <input type="checkbox"/> Google 検索 <input type="checkbox"/> Google Map <input type="checkbox"/> Google 広告 <input type="checkbox"/> Yahoo 検索 <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> 他人の YouTube <input type="checkbox"/> 鍼灸コンパス <input type="checkbox"/> ホットペッパービューティ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 紹介(ご紹介者様)
11. 育毛の鍼と美容鍼の方にお聞きします。施術前後のお写真を、ホームページ・SNS・掲載サイト等へ掲載してもよろしいでしょうか？(育毛の方は頭部と額、美容鍼の方は目元を隠した状態での撮影) 「はい」の方には、鍼の本数を毎回『5本プラス』させていただきます。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

体の中で「凝り」や「痛み」のある個所があれば印をしてください。



鍼灸施術に関する同意書

下記事項をお読みいただき、チェックを入れてください。

記

1. 当サロンでは、セキュリティの観点から防犯カメラを設置しております。(当該防犯カメラ内の個人情報や画像データは外部に漏えいすることのないよう、厳重に保護管理いたします。) 了解しました。
2. 鍼の刺入により出血または内出血する場合がございますのでご了承ください。 了解しました。

年 月 日 氏名