



# 杏林堂

東京都新宿区西新宿 1-26-2 野村ビル 5F

小川 卓良 TEL : 0 3 - 3 3 4 8 - 0 7 2 1

## 診療内容

はり・きゅう

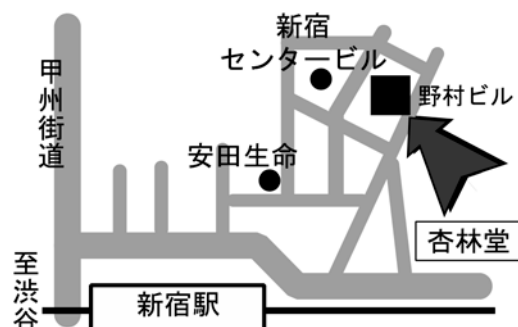
### ●受付時間(予約制)

|   | 午前          | 午後        |
|---|-------------|-----------|
| 月 | 休診          | 2:00~6:30 |
| 火 | 10:00~12:00 | 2:00~6:30 |
| 水 | 10:00~12:00 | 2:00~4:30 |
| 木 | 10:00~12:00 | 2:00~6:30 |
| 金 | 10:00~12:00 | 2:00~6:30 |
| 土 | 10:00~12:00 | 2:00~3:30 |
| 日 | 日・祝日休診      |           |

### ●治療費

|      |   |        |
|------|---|--------|
| 初診料  | … | ¥3,100 |
| 鍼治療  | … | ¥6,200 |
| 灸治療  | … | ¥6,200 |
| 鍼灸併用 | … | ¥7,200 |

### ●MAP



雨天の場合、地下 新宿センタービル商店街からご来院下さい。

## ◆ アンケート ◆

平成 年 月 日

ご氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 T S 年 月 日生

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

① 今日はどこがつかうてご来院なさいましたか？

\_\_\_\_\_

② この症状で医療機関に受診しましたか？ はい いいえ

はい とお答えの方へ…何科に受診なさいましたか？(○をつけて下さい)

内科 整形外科 耳鼻科 婦人科 神経科 外科 その他( )

③ 過去、鍼灸治療を受診されたことがありますか？ はい いいえ

はい とお答えの方へ…

効果がありましたか？ はい いいえ わからない

④ 受診治療院をなぜ選びましたか？(選ぶ際に最も優先した事)

\_\_\_\_\_