

問 診 票

No. _____ P□ _____ 記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな お名前		男・女	生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	才
住 所	〒 _____		勤務先	
電話番号 自宅・携帯			職 業	
e-mail			紹介者	

緊急のご連絡などに必要ですので差支えない部分をご記入ください。

なお、治療に関する情報や季節のご挨拶、セミナーなどのご案内の送付をさせていただくことがあります。ご了承ください。

家族構成 祖父・祖母・父・母・夫・妻・子（ _____ 人）・孫（ _____ 人）・兄・姉・弟・妹

*現在の苦痛の症状をお書きください。（どこが、いつから、どのようになど）

1. _____
2. _____
3. _____

*上記の症状に対して、医療機関に行かれた方はご記入ください。

医療機関名（例：内科、整骨院）：

病名：

どのような治療をしてもらいましたか（例：内服薬、シップ）：

*これまでにかった大きな病気や手術・入院をしたことがある方はご記入ください。

病名	いつ	手術	入院
_____	_____	有・無 _____	有・無 _____
_____	_____	有・無 _____	有・無 _____
_____	_____	有・無 _____	有・無 _____

*今までに鍼灸治療を受けたことがありますか。 有 ・ 無

*鍼灸治療に不安がありますか？ 有（ 鍼 ・ 灸 ） ・ 無

*アレルギーがありますか。 有（何の： _____ ）無

*最近、定期検診や人間ドックで注意されたことあればご記入ください。

*自宅でセルフケアを取り入れたいですか？ はい ・ いいえ

*次の項目の()にご記入いただき、該当する項目に○印をつけてください。

身長() cm

体重() kg

食欲(食/日) 旺盛 普通 不振

排便(回/日) 硬い 普通 軟 下痢 便秘

排尿(回/日)

睡眠(時間/日) 規則的・眠れない・寝つきが悪い・浅い・早く醒める・よく夢を見る

たばこ 吸う(本/日) 吸わない 禁煙中 止めた(年前)

飲酒 飲む(/日) 飲まない 禁酒中 時々(回/週)

*次の項目のうち、現在の症状に○

特に重いものに◎

時々あるものに△ をつけてください。

1. 身体がだるい	11. 腰が痛い	21. 胃が痛い	31. 鼻水・鼻閉がある	41. イライラする
2. 疲れやすい	12. 腰が重たい	22. 胸焼けする	32. 咳・痰がある	42. ストレスが強い
3. 気力ない	13. 手・足がだるい	23. 吐き気・嘔吐がある	33. 痰に血が混ざる	43. 体重減少(ヶ月で kg減)
4. 頭が痛い	14. 手・足がしびれる	24. 口の中がねばる	34. 寒気がする	44. 精力減退
5. 頭が重い	15. 足がつれる	25. 喉が乾く	35. 熱がある	45. 排尿痛がある
6. めまいがする	16. 胸が苦しい	26. 喉がつまる	36. 微熱がつづく	46. 残尿感がある
7. 首・肩がこる	17. 胸が痛い	27. 汗が多い(手・足・顔)	37. 目が疲れる	47. 下腹部が張る
8. 首・肩が痛い	18. 動悸がする	28. 冷える(手・足・)	38. 難聴気味	48. 便に血が混じる
9. 背中がこる	19. 息切れがする	29. ほてる	39. 耳鳴りがする	49. 便の色が黒い
10. 背中が痛い	20. 胃が重い	30. むくむ	40. 舌がもつれる	50. 残便感がある

*ご両親・ご兄弟で病気または、病気で死亡の方がいる場合はご記入ください。

どなた_____ 病名_____ 治療中 ・ 死亡

どなた_____ 病名_____ 治療中 ・ 死亡

どなた_____ 病名_____ 治療中 ・ 死亡

*不安なこと、何か気になるようなことがあればご記入ください(例:出血しやすい、どんなハリを使うの?等)

*女性の方にお尋ねします。

生理の周期は: 順調(日型) 不順

期間は: 一定(日間) 不定

痛みは: ない ある(生理前 ・ 生理中 ・ その他)

最終生理は: (才頃)

不正出血は: ない ある

おりものは: ない ある

妊娠{現在}: していない している(週) 可能性あり

出産: 正常出産 流産 その他