

問 診 票

初回来院日 平成 年 月 日() ☆紹介者 _____ 様(マスコミ ・ 看板 ・ HP ・ 電話帳 ・ その他)

氏 名	ふりがな..... 殿	男性 ・ 女性	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生まれ (歳) 血液型 型
住 所	〒		連絡先	電話番号 () — e-mail :
職 業	家 族	未婚・既婚(子供 人) 妊娠している・していない		
	鍼灸治療経験	[有 ・ 無]治療目的:		
主 訴	<p>◆本日一番ご相談したい内容に該当するものに☑チェックをお願いします。 また【 】内に該当するものがあれば○印をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 難聴【突発性難聴 耳鳴 中耳炎】 <input type="checkbox"/> 鼻炎【アレルギー性鼻炎 花粉症 ちくのう】 <input type="checkbox"/> のどの痛み【咽喉頭炎 へんとう炎】 <input type="checkbox"/> 脳卒中後遺症【脳出血 脳梗塞 くも膜下出血】 <input type="checkbox"/> 麻痺【上肢 下肢 体幹 顔面】 <input type="checkbox"/> 眼精疲労【かすみ目 ものもらい 視力低下 ドライアイ 白内障 緑内障】 <input type="checkbox"/> 首の痛み【寝違え 頸椎捻挫後遺症】 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 肩の痛み【五十肩 リウマチ】 <input type="checkbox"/> 腕の痛み【頸肩腕症候群】 <input type="checkbox"/> 腰痛【ヘルニア すべり症 圧迫骨折 脊柱管狭窄症】 <input type="checkbox"/> 膝痛【変形性膝関節症 靭帯損傷】 <input type="checkbox"/> 関節炎【リウマチ 腱鞘炎 ばね指】 <input type="checkbox"/> 外傷の後遺症【骨折 打撲 むちうち 捻挫】 <input type="checkbox"/> 神経痛【顔面神経痛 坐骨神経痛】 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 風邪および予防 <input type="checkbox"/> 虚弱体質 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 胃腸病【胃炎 消化不良 胃酸過多 下痢 便秘】 <input type="checkbox"/> 膀胱炎 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 生理痛 <input type="checkbox"/> 月経不順 <input type="checkbox"/> 冷え症 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> その他.....</p> <p>◆その症状について 部位(右図に直接ご記入下さい)・程度・頻度・持続時間・原因等をご記入下さい。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div> <p>◆希望する治療法 <input type="checkbox"/> 鍼・灸 <input type="checkbox"/> 鍼・灸・マッサージ <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>◆金属アレルギーはありますか? (ある ・ なし)</p>			
既往歴	歳頃： 歳頃： 歳頃： 歳頃： 歳頃： 歳頃：	現在治療中のご病気・お怪我等ありますか? ある()・なし 現在服用中のお薬・サプリメント等ありますか? ある()・なし 左記に関連して気になることはありますか? ある()・なし		

現在の 身体状 況	【平均血圧】 / mmHg 【身長】 cm 【体重】 kg			
	【アレルギー】 ある()・なし			
	睡眠	【現在の平均睡眠】 就寝 : ~ 起床 : (平均睡眠時間 時間)		
		【理想の睡眠状態】 就寝 : ~ 起床 : (睡眠時間 時間) 〔よく眠れる・眠れない〕 (眠りが浅い・寝付けない・夜中に目が覚める(回)・寝た気がしない・目覚めやすい・朝起きられない・日中眠い・日中寝てしまう・その他())		
	食事	【回数】1日 食 【時間】 ほぼ決まった時間に食べる・不規則 【食欲・量】 旺盛・間食をする・普通・少ない・ない 【味】 美味しい・普通・美味しくない		
	嗜好	【喫煙】 する(1日 本くらい 年前から)・しない 【飲酒】 する(主に を1日 mlくらい 週 回くらい)・しない 【味】 酸っぱい・苦い・甘い・辛い・塩辛い } ◆好きなものには○を 【食べ物】 甘味・塩味・油物・肉・魚・野菜・果物 } 嫌いなものには×をご記入ください。 【食べ物の温度】 冷たいもの : 1年中よく飲食する・夏は飲食する・普通・あまり飲食しない 温かいもの : 1年中よく飲食する・冬は飲食する・普通・あまり飲食しない		
		【自覚症状】〔暑がり・寒がり〕〔のぼせる・冷える(部位)〕 【水分】よくとる・普通・あまりとらない・ほとんどとらない 〔種類: 水・コーヒー・紅茶・ジュース・その他_____〕〔温度: 冷・室温・温〕 【汗】出にくい・寝汗をかく・汗っかき(部位 どのな時に)] 【ストレスについて】 今日ストレス度 [高 5・4・3・2・1 低] ① ストレスに強いほうだと思いますか? (思う・少し思う・あまり思わない・思わない) ② ストレスに感じることは何ですか?		
	便通	【回数】 回 / 日 (硬・軟・下痢) 【スッキリ排便】 できる・できない 【残便感】 有・無 【形状】(軟・普・硬・兎糞) 【その他】(便秘しやすい・下痢しやすい・においが強い・痔・血便・排便痛)		
尿	【回数】 回 / 日 (多い・少ない・近い・出が悪い) 【色】 濃・薄黄・透明 【残尿感】 有・無 【排尿痛】 有・無 その他			
月経	【周期】 日型 順調・不順・閉経(歳頃) 【月経痛】 あり(軽・やや強・強・重・要服薬)・なし 【月経前の症状】 あり(月経の 日前から)・なし 【不正出血】 あり(頻度)・なし 【妊娠】 正常・異常・流産(回) その他気になること			
しばしば 起こる 症状	頭	頭痛・めまい・その他()・無	耳	耳鳴・聴力低下・耳痛・その他()・無
	首	こり・痛み・痺れ・その他()・無	鼻	鼻水・鼻づまり・アレルギー・その他()・無
	肩	こり・痛み・痺れ・その他()・無	腰	痛み・冷え・その他()・無
	目	視力低下・痛み・疲れ・めまい・渴き・充血・クマ・瞼の腫れ・その他()・無		
	上肢	痛み・痺れ・動きにくい・冷える・関節が痛い・むくみ・その他()・無		
	下肢	痛み・痺れ・動きにくい・冷える・関節が痛い・むくみ・その他()・無		
	腹部	吐き気・胃の痛み・食欲不振・張り・便秘・下痢・その他()・無		
	胸	胸苦しい・痛い・動悸・息切れ・不安感・その他()・無		
	口	甘ったるい・苦い・舌が荒れる・歯肉炎・歯槽膿漏・義歯使用・口内炎・口が渇く・痰がよく出る・咽が渇く・のどがつかえる・咳がよく出る・口の中が粘る・咽が痛む・その他()・無		
	精神	イライラする・気持ちがふさぐ・疲れが抜けない・だるい・その他()・無		

ありがとうございました