

<問診票>

初診日 年 月 日

ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大 昭 平 年 月 日 歳
〒		連絡先	
住所		自宅 携帯	
職業		仕事内容	

1、いま一番お困りの症状について伺います。

① どんな症状ですか？

② 症状のある場所を右の図に示して下さい。

③ それはいつからですか？

④ 思い当たる原因はありますか？

⑤ このような症状は今回が初めてですか？

はい ・ いいえ

いいえの方、前はいつですか？

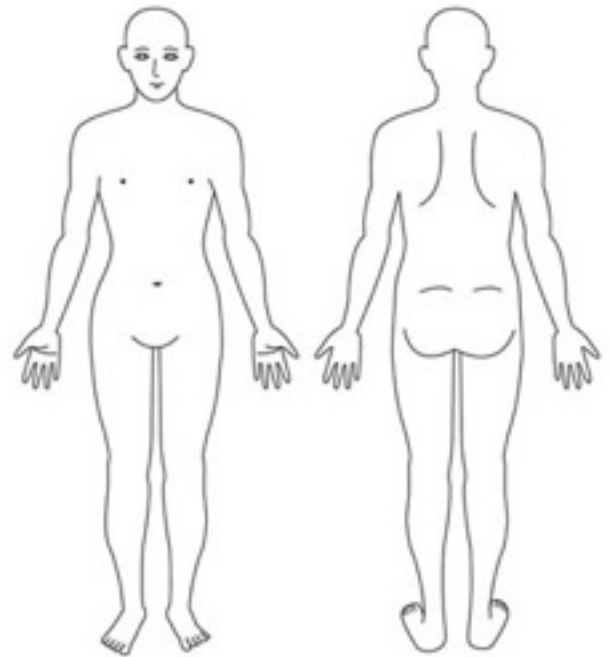
(年 月 日)

⑥ この症状でどこかに受診されましたか？

診断名：

医療機関名：

治療内容：



2、1の症状以外に気になっていることはありますか？

3、現在治療している病気はありますか？ はい ・ いいえ

病名：

医療機関名：

使用中の薬：

4、過去に経験した病気やケガはありますか？ (交通事故や骨折なども含みます)

5、手術の経験はありますか？ はい ・ いいえ

いつ：

医療機関名：

手術内容：

6、次のうち 施術を受けたことのあるものに ✓ をしてください。

 はり きゅう 整体 美容鍼灸 オイルトリートメント

7、今回の症状にどの施術を希望されますか？

 はり きゅう 整体 美容鍼灸 オイルトリートメント

8、日常生活についてお伺いします。

① 睡眠について

睡眠時間（平均 時間）

- よく眠れる 寝付きが悪い 眠りが浅い 夜中に目が覚める
 朝の目覚めが悪い 寝た気がしない 睡眠薬を使用する

② 便通について

i 大便：回数： 規則的にある（一日 回）

不規則

形状： バナナ状 コロコロ 硬い やわらかい 水っぽい

下痢： しない する（どんな時に：)

ii 小便：回数： 普通

多い（一日 回）

夜間に小便に起きる（ 回）

③ アルコールについて

飲まない

飲む（週に 日）

④ たばこについて

喫煙しない

喫煙する（一日 本くらい）

⑤ 普段よく飲むものを教えてください（水、緑茶、紅茶、コーヒーなど）

何を（

どのくらい（

⑥ 運動について

しない

する：何を（
どのくらい（

9、アレルギーはありますか？

いいえ

はい（

10、女性に伺います。

① 妊娠の可能性はありますか？ いいえ

はい（最終月経 年 月 日、妊娠 週）

② 月経について

月経痛が強い 経血の量が多い 月経周期が長い 月経周期が短い

月経周期が不規則 月経前のイライラ 閉経

11、なにか伝えておきたいことがありましたら ご記入ください。