

問診票

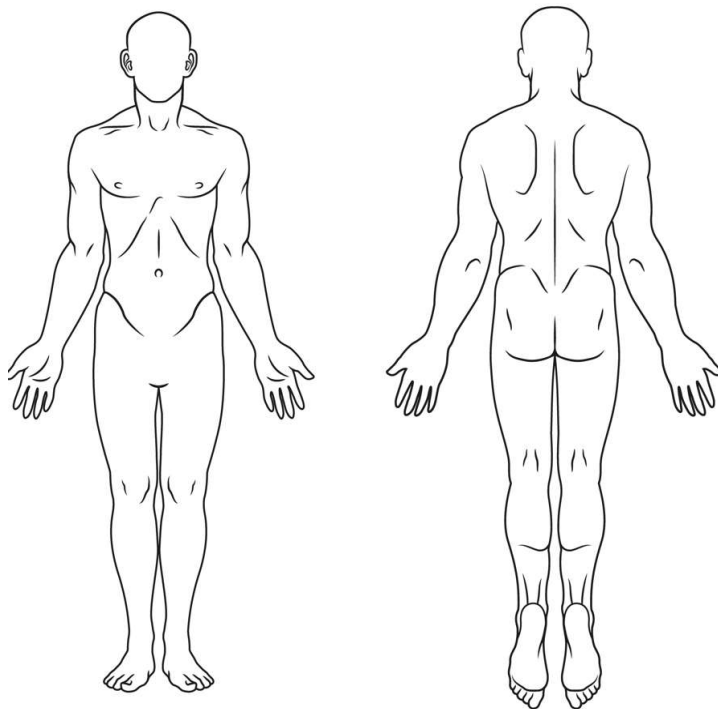
太枠内の質問にご記入願います。

記入日：西暦

年 月 日

氏名	(女・男)	ふりがな	
生年月日	西暦	年 月 日	
住所	〒 -		
携帯電話番号		緊急連絡先	
来院手段	車 電車 自転車 徒歩 (分)	ご紹介者	

● 右の人体図に痛みやコリなど気になる所全てに印を付けてください。



● この症状について他の医療機関を受診しましたか？	いいえ ・ はい		
診断結果			
● 慢性の病気で現在治療を受けていますか？	いいえ ・ はい ・ 中断		
病名			
● 現在の服薬している薬名、または何の症状のための薬（例：高血圧の薬、降圧剤、血液サラサラ等）かをご記入ください。			
薬名 または 何の症状の薬			
● お酒	飲まない ・ 飲む ・ 禁酒した () 年前から		
回数	1~2回/月 ・ 1~2回/週 ・ 数回/週 ・ ほぼ毎日	量	1日：ビール () 本、酒 () 合
● タバコ	吸わない ・ 吸う ・ 禁煙した () 年前から	本数	1日： () 本、喫煙歴 () 年
● 鍼灸治療の経験	有る・無い	ご要望	

女性にお尋ねします（差し支えない範囲でお答えください、無回答でも結構です）。

● 現在妊娠中ですか？	いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 不明
● 生理について	順調 ・ 不順 ・ 閉経 () 歳

身体的特徴 左・右のどちらかを○で囲ってください。

● 利き目	左・右	● 利き手	左・右	● 利き足 ボールを蹴る足	左・右	● 踏み切り足 軸足・片脚立	左・右
-------	-----	-------	-----	------------------	-----	-------------------	-----

症候リスト

記入日：西暦

年 月

日

下記一覧の症状・病気・徴候の中で、現在お持ちのものに○、過去に経験があるものに下線を引いてください。

(その他病気等ありましたら、空欄にお書きください)

● 皮膚	湿疹・ニキビ・皮膚炎・イボ・乾癬・真菌感染
● 心臓・血管系	貧血・低血圧・高血圧・動悸・不整脈・心筋梗塞・胸部圧迫感・息切れ、めまい、吐き気を伴う頭痛・手の冷え・足の冷え、顔面紅潮・立ちくらみ
● 消化器系	便秘・下痢・食欲不振・胃痛・消化不良・胸やけ、腸内ガス・げっぷ 潰瘍・胃炎・胃酸不足・痔・腹膜炎・膵炎・ポリープ
● 呼吸器系	せき・喘息・気管支炎・肺炎・喘鳴（ヒューヒュー音）
● ホルモン	甲状腺機能低下症・甲状腺機能亢進症・糖尿病（高血糖）・低血糖
● 男性	インポテンツ・早漏・前立腺疾患
● 女性	月経痛・子宮痙縮・生理不順・月経前症候群・更年期障害
● 自己免疫・炎症	橋本病・リウマチ・全身性エリテマトーデス・大腸炎・クローン病・膀胱炎・脱毛症（はげ）
● アレルギー	食物性アレルギー・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎（花粉症）・神経性皮膚炎・蜂窩織炎
● 耳	聴力障害（難聴）・耳鳴り
● 鼻	鼻づまり・黄色の鼻汁・副鼻腔炎
● 喉	喉の渇き・扁桃腺・咽頭炎
● 口	顎関節症・歯肉出血・歯周炎・歯槽膿漏・口内炎・虫歯のない歯痛
● 一般的な症状	不眠症・極度の疲労・感情（怒りっぽい・イライラ・短気・うつ・不安感）・集中力欠如・乗り物酔い・異常発汗
● その他	腫瘍(癌) 経験（部位： ） 傷（部位： ） 手術（部位： ）
● 服薬	（記入は、薬名でも、何の症状に対する薬かでも構いません）

親族に、上記リストの中で顕著な病気・症状が有りましたら、ご記入ください。

● 父親	
● 母親	
● 兄弟・姉妹	