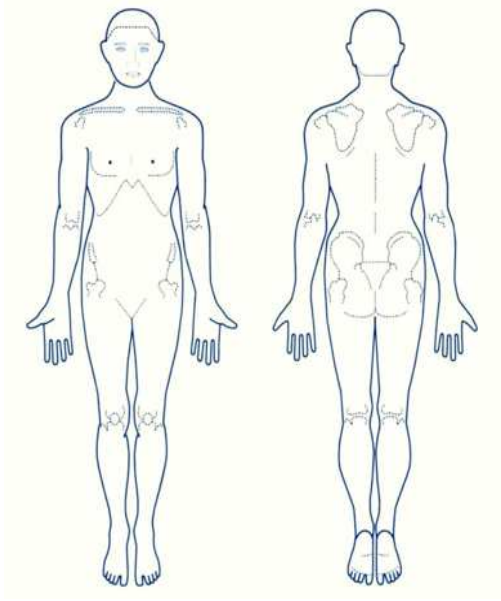


問診票

初診日 年 月 日

フリガナ	姓	名	身長 () cm 体重 () kg
お名前			西暦 年 月 日生(歳)
住所	〒 -		紹介者 ・ホームページ (Google・yahoo) ・エキテン ・鍼灸コンパス
自宅電話		携帯電話	
仕事	職種	自営・事務・公務員・医療・主婦 (専・兼)・サービス業・その他 ()	
	環境	座り仕事・立ち仕事・眼を使う・気をつかう・PC作業・前かがみ・力仕事・運転	
どのようなことでお困りですか? ※できるだけ詳しくかいてください。			
<p>お悩み箇所に○をつけてください。 その中で、最もつらい箇所に◎をつけてください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;">  </div> <div style="width: 55%;"> <ol style="list-style-type: none"> 原因となったきっかけがあれば教えて下さい。 いつ頃からですか? 日常生活で特にどのようなこと (動作など) がつらいですか? 今回の症状が出てから現在までの経過を教えてください <input type="checkbox"/>悪化 <input type="checkbox"/>変化なし <input type="checkbox"/>やや軽減 <input type="checkbox"/>大分良い 今回の症状で医師の診察は受けましたか? <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (最後に受けたのは _____ 日・週・ヶ月・年前) 次回の受診予定 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし </div> </div>			
お悩みの症状を、どのように、していきたいですか?	<ol style="list-style-type: none"> まずは、今の症状を改善したい。 時間がかかってもいいからしっかりと治療していきたい。 改善後はメンテナンスも行い、健康な状態を保ちたい。 		
元気になったら、何がしたいですか?	例) 旅行に行きたい。 趣味のガーデニングを楽しみたい。		
過去に受けた施術	鍼灸・整体・マッサージ・カイロ・その他 ()		

※ 裏面の記入もお願いします。

よく起きる症状に☑を、時々起きる症状に△つけてください。

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 手のしびれ | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 胃部不快感 |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> ふらつき | <input type="checkbox"/> 胸のつかえ | <input type="checkbox"/> 生理痛 |
| <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 生理不順 |
| <input type="checkbox"/> ほてり | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> 足のもつれ |
| <input type="checkbox"/> イライラ | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> つまずきやすい |
| <input type="checkbox"/> 目の疲れ、かゆみ | <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 足のしびれ |
| <input type="checkbox"/> まぶしい、かすみ | <input type="checkbox"/> 咽がつまる、かわく | <input type="checkbox"/> その他 () |

現在のお体の状態で該当するものすべてに☑をつけてください。

- | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 癌 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> ここ1ヶ月で3kg以上やせた | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> ここ3ヶ月で5kg以上やせた | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 脳出血 | <input type="checkbox"/> 甲状腺の病 | <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病 |
| <input type="checkbox"/> 肝炎 | <input type="checkbox"/> 夜間の痛み | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 |
| <input type="checkbox"/> 鬱またはパニック障害 | <input type="checkbox"/> 安静時の痛み | <input type="checkbox"/> 冷え症 |

次の検査は最後にいつ頃うけましたか？

	3ヶ月以内	半年以内	1年以内	1年以上前
レントゲン・MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

今までに、大きな病気やケガをしたことがありますか？

いいえ はい (病名:)

現在服用している薬はありますか？

いいえ はい (病名:) 薬の名前 .
.
.

アレルギーのものはありますか？ 金属 花粉 アルコール消毒 その他 ()

食事	1日 () 食 食欲は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 食べる量 (少ない・普通※定食一人前くらい・多い) <input type="checkbox"/> 食後に胃がもたれる <input type="checkbox"/> 食後に眠くなる
嗜好	カフェイン類 () を1日 () 杯 砂糖は <input type="checkbox"/> 入れる <input type="checkbox"/> 入れない 炭水化物が好き→ (ごはん・ぱん・麺類) 甘いものが好き→ (お菓子・果物・チョコレート・ジュース類) アルコール→ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 毎日 または <input type="checkbox"/> 週・ <input type="checkbox"/> 月に () 回 量 () たばこ→ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> 毎日 () 本
睡眠	平均睡眠 () 時間 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> 夢が多い <input type="checkbox"/> 目覚めやすい <input type="checkbox"/> 寝た気がしない <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> いびき <input type="checkbox"/> 寝言 <input type="checkbox"/> 無呼吸状態 <input type="checkbox"/> 枕が合っていない気がする
大便	() 日に () 回→バナナ状・軟・硬い・便秘・下痢・便器につきやすい・コロコロ便
小便	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 近い 夜間 () 回くらい (排尿困難 尿漏れ 残尿感 排尿痛 色が気になる)
運動	運動・スポーツはしていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→内容 () 週に () 回
治療院のお知らせを、お送りしてもよろしいですか？ (はい . いいえ)	