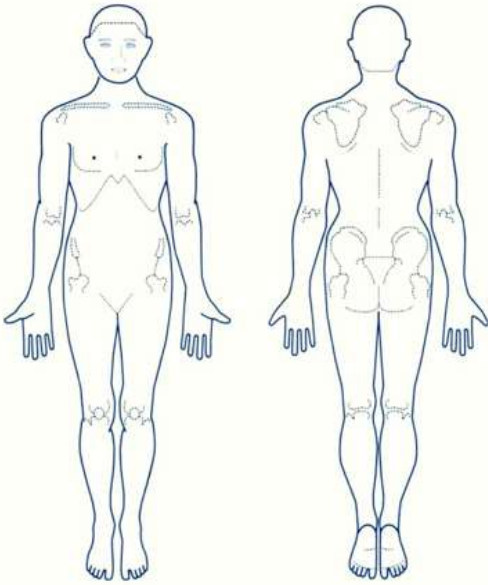


問診票

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	〒 -		当院を何で知ったか教えてください 紹介者 () さま <input type="checkbox"/> インターネット (google・yahoo) 検索キーワード _____ <input type="checkbox"/> google マイビジネス
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。			
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。			
		1. その症状は、いつ頃から何がきっかけで起きたと思いますか? 2. どのような時が最も辛いですか? 3. どのような時に症状がやわらぎますか? 4. 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 5. 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	
お悩みの症状を、どのように、していきたいですか?		1, まずは、今の症状を改善したい。 2, 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。 3, 改善後はメンテナンスも行い、健康な状態を保ちたい。	
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、目やに | <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 () |

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"/>

過去にどのような症状（病気）や怪我に悩みましたか？

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
入浴	シャワーで済ます 湯船につかる→()分くらい 入浴後は (スッキリする・疲れる・変わらない)