

とみ鍼灸治療院問診票

ご氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご住所(〒 _____)

TEL _____

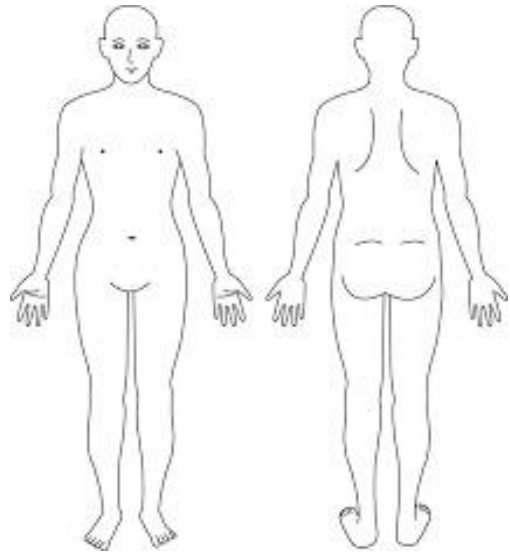
e-mail _____

ご職業:(_____)

気になるところに○をつけてください。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

右 左 左 右



1. 本日受診された主な症状はなんですか

2. その症状はいつ頃から続いていますか

3. 本日、ご希望の治療を教えてください

鍼灸 整体 カウンセリング

4. 発症原因がわかれば教えてください

わからない 重たいものを持った 使い過ぎ
 うった ころんだ その他(_____)

5. 今までにこの症状でどのような治療を受けて来られましたか？

6. 経過はいかがですか？

良くなっている わからない 悪くなっている

7. これまでに何か大きな病気、もしくは手術をされたことはありますか？

いいえ ・ はい (_____ 年 _____)
(_____ 年 _____)
(_____ 年 _____)

○ 現在、飲み薬や注射・点滴の治療を定期的に受けられていますか？

いいえ ・ はい

薬名(_____)

わからない

○ 漢方薬を飲んでいる (いいえ ・ はい)

○ 鍼灸治療を受けたことがある (いいえ ・ はい)

8. 治療計画について

今出てる症状を治したい この際、悪いところは全部治してほしい とりあえず治療してから考える

9. 家族や血縁の方に次のような病気があれば()内に続柄をご記入ください

がんや悪性の病気(誰が: 何の:)

(誰が: 何の:)

高血圧 () 糖尿病 () 肝炎 ()

心臓病 () 喘息 () 脳卒中 ()

その他 ()

10. 食欲・睡眠について

▲ 食欲 旺盛 普通 減退 食べたくない

▲ 睡眠時間 一日()時間 ▲睡眠の質 快眠 普通 悪い 中途覚醒

11. 便通・排尿について

▲ 便通(回/ 日)

▲ 排尿(回/ 日) 夜間尿 有 無

12. 飲酒・喫煙について

▲ お酒 毎日飲む・ 全く飲まない・ 機会があれば飲む

1日に(ビール・ 日本酒・ ウイスキー・ 焼酎)

(mlを 本・ mlを 杯・ 合)

▲ たばこ 吸わない・ 吸う(1日に 本)

以前吸っていた(年間・ 1日 本)

13. アレルギーについて

▲ 今までに薬を飲んで、蕁麻疹が出たり、アレルギーを起こした事がありますか？

ない・ ある ⇒ 何の薬で()

▲ アレルギー性の病気がありますか？

いいえ・ はい

喘息 花粉症 食物アレルギーなど()

▲ 今までに、内服薬や注射で気分が悪くなったことがありますか

いいえ・ はい

14. 当院をどのようなきっかけでお知りになりましたか？

ご近所 ホームページ チラシ、ポスター

老人会報誌 SNS ご家族・知人等の紹介

(紹介者様のお名前)

◎当はまるものには、いくつでもレ(チェック)してください。また、他にある場合は
その他の横にお書きください。

①目の症状 目がかすむ 目が疲れやすい 目が見えにくい
その他()

②耳の症状 耳鳴りがする 耳の聞こえが悪い
その他()

③口の症状 口が苦い 口臭がする
その他()

④胸の症状 動悸がする 胸がすっきりしない 胸や脇が痛い
その他()

⑤腹の症状 腹や胃が痛い 腹が鳴る 腹がよく鳴る
その他()

⑥腰下肢の症状 足腰がだるい 足に力が入らない 足がおくお
その他()

⑦筋の症状 痙攣することがある ひきつることがある こむら返りする
その他()

⑧全身の症状 めまいがする 体がだるい 眠れない
その他()

⑨精神症状 気分が落ち着かない 怒りっぽい イライラする
その他()

⑩呼吸の症状 咳・痰が出る 息切れしやすい 鼻水・鼻詰まりがある
その他()

⑪消化器の症状 食欲がない 吐き気がする
その他()

⑫便の症状 便秘をする 下痢をする 便が軟らかい
その他()

⑬尿の症状 尿がでにくい 尿がもれる
その他()

⑭女性の方にお聞きします
その他、婦人科系で気になること
()