

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 _____

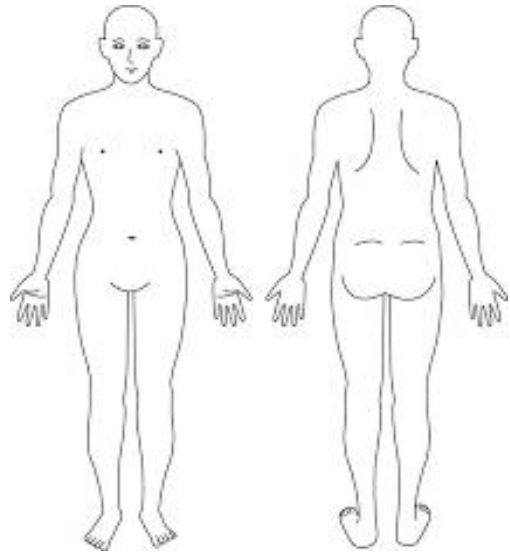
e-mail _____

ご職業:(_____)

気になるところに○をつけてください。

右 左 左 右

身長 _____ cm 体重 _____ kg



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. 日常生活について (該当するものに、レのチェックをしてください)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 特に支障はない | <input type="checkbox"/> 日中でも時々横になる |
| <input type="checkbox"/> 軽い労働をしている | <input type="checkbox"/> 家の中なら自由に動ける |
| <input type="checkbox"/> 短時間なら外出が出来る | <input type="checkbox"/> 1日の半分位は横になっている |
| <input type="checkbox"/> 日中はほとんど横にならない | <input type="checkbox"/> トイレ以外は寝ている |

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)

