

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 _____

ご職業 (_____)

e-mail _____

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. 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
☐ 睡眠不足 ☐ 運動不足 ☐ 長時間のデスクワーク
☐ スマートフォン ☐ ストレス
☐ その他 (_____)

4. 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？

5. 経過はいかがですか？

- ☐ 良くなっている ☐ かわらない ☐ 悪くなっている

6. 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？

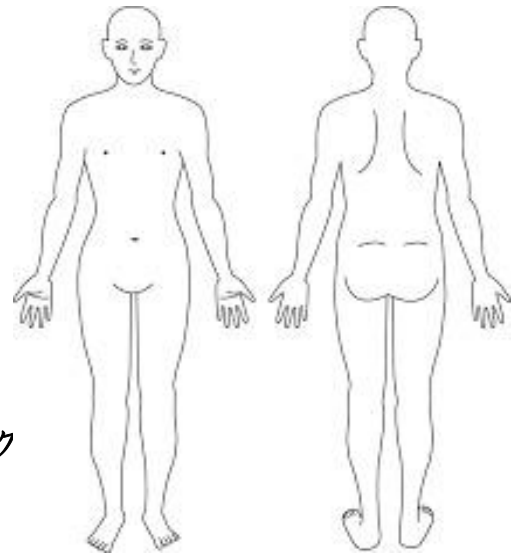
- ☐ いいえ ・ ☐ はい

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)



7. 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 ()

8. 食欲・睡眠について

食欲: ☐ 旺盛 ☐ 普通 ☐ 減退 ☐ 食べたくない ☐ 食後眠くなる

睡眠: ☐ 快眠 ☐ 寝付きが悪い ☐ 途中で目が覚める ☐ 朝早く目が覚める ☐ 夢をよく見る

▲ 睡眠時間 一日()時間

11. 便通・排尿について

便: ☐ 便秘 ☐ 軟便 ☐ 下痢 ☐ 残便感 ☐ 硬い便

排尿: ☐ 頻尿 ☐ 夜間尿(回) ☐ 尿が近い ☐ 尿が出にくい

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)

☐ 当てはまる項目にチェックしてください。(複数可)

① ストレス・気分について

- ☐ ストレスで症状が悪化する ☐ イライラする ☐ 怒りっぽい ☐ 不安になりやすい ☐ ため息が多い
☐ 胸がつかえる感じがする ☐ 眠れない ☐ 夢をよく見る ☐ 動悸がする

② 目・筋肉について

- ☐ 目が疲れやすい ☐ 目がかすむ ☐ 筋肉がつる ☐ こむら返りがある ☐ 爪が割れやすい

③ 胃腸について

- ☐ 食欲がない ☐ 食後眠くなる ☐ お腹が張る ☐ 吐き気がある ☐ 軟便 ☐ 下痢
☐ 身体が重だるい

④ 呼吸について

- ☐ 咳が出る ☐ 白い痰が出る ☐ 黄色い痰が出る ☐ 息切れしやすい ☐ 深呼吸しにくい
☐ 風邪をひきやすい ☐ 鼻づまり

⑤ 腰・排尿について

- ☐ 腰がだるい ☐ 夜中にトイレへ起きる ☐ 耳鳴りがする ☐ 足腰に力が入りにくい ☐ 冷えやすい
☐ むくみやすい

⑥ 身体の状態について

- ☐ のぼせやすい ☐ 寝汗をかく ☐ 口が渇く ☐ 手足がほてる ☐ 手足が冷える
☐ 温めると楽になる ☐ 朝がつらい

⑦ 痛みについて

- ☐ 同じ場所がずっと痛い ☐ 刺すような痛み ☐ 夜になると痛みが強くなる ☐ 慢性的な肩こり

⑧ 天候・生活について

- ☐ 雨の日に悪化する ☐ 動くとき楽になる ☐ 休むとき楽になる ☐ 朝が一番つらい
☐ 夕方以降悪化する