

# 鍼灸問診票

令和 年 月 日

フリガナ: \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ・ 無回答 ) 国籍( \_\_\_\_\_ )

お名前 : \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_

ご住所 : 〒 \_\_\_\_\_

電話番号(自宅/携帯) : \_\_\_\_\_ ご職業 : \_\_\_\_\_

★ご家族等の連絡先(緊急時): お名前: \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

1) 今回来院された理由をお聞かせください

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

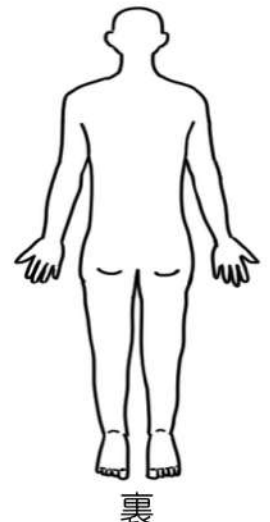
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

※症状のある場所を○で囲んでください



2) 過去に大きな病気にかかった、または現在かかっている病気があれば教えてください

年/月	病名	治療内容・経過など

※お薬手帳があれば問診票と一緒に受付にお渡しください

裏面もご記入ください→

3) 現在のお身体の状態をお聞きます。以下の症状をお持ちの場合、○で囲んでください

◆睡眠（ 良い ・ 寝つきが悪い ・ 夜中に目が覚める ・ 眠れない ・ 寝起きが悪い ）  
平均睡眠時間\_\_\_\_\_時間

◆食欲（ ある ・ なし ）

◆便秘（ 毎日ある ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 不順気味 ・ 残便感 ）

◆排尿（ 問題なし ・ 少ない ・ 残尿感 ・ 排尿痛 ・ 夜間尿\_\_\_\_\_回 ）

◆飲酒（ 毎日 ・ 月に数回 ・ 週に数回 ・ 飲まない ）

◆喫煙（ 吸わない ・ 吸う ▶平均：\_\_\_\_\_本/日 喫煙歴\_\_\_\_\_年 ）

◆体質（ 暑がり ・ 寒がり ・ 汗をかきやすい ・ 寝汗 ・ 重だるい ・ 浮腫みやすい ）

◆アレルギー（ ある ・ なし ）

【 金属 ・ 花粉 ・ 食物 ・ アトピー ・ 喘息 ・ その他\_\_\_\_\_ 】

◆刺激に対して皮膚がかぶれやすいなど敏感ですか？（ はい ・ いいえ ）

<女性の方への質問>

\*（ 妊娠していない ・ 妊娠中 ▶妊娠\_\_\_\_\_ヶ月 ⇨ 授乳中 ・ 授乳していない ）

◇以下の症状はありますか？

（ 生理痛 ・ 月経不順 ・ 月経過多 ・ 月経過少 ・ PMS ・ 更年期障害 ・ その他 ）

※その他に該当する方は口の中にご記入ください。

4) 今までに鍼灸治療を受けたことはありますか（ ある ・ ない ）

5) ご不安点等ございましたら、ご記入ください

ご記入ありがとうございました。

医) 東信会は個人情報の重要性を認識し、その保護の徹底を図るために個人情報保護法を順守します。