

# 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

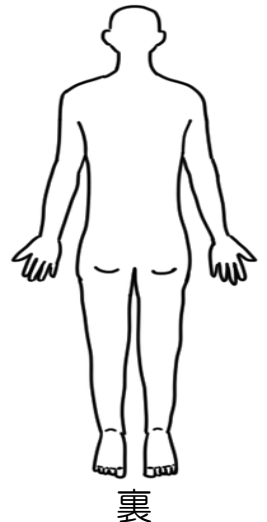
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 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。

