

問 診 票

ふりがな _____ 年 月 日
氏名 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

メールアドレス： _____

日常の特徴： 座る時間が長い 立ち時間が長い 動くことが多い 外出が多い
出張が多い PC多用 夜勤あり 時間が不規則 細かい作業

1. どのような症状で鍼灸をご希望されていますか？

2. 現在何かの病気に罹っていますか？

いいえ はい (病名： _____ いつから _____)

3. 現在、お薬・サプリを使われていますか？

いいえ はい (薬・サプリの名前： _____)

4. 大きな病気・ケガをしたことがありますか？

いいえ はい (病名： _____ いつ _____)

5. 食事

食欲： ある ありすぎ ない 量： 多い 少ない 普通
よく食するもの： 米飯 パン 麺 肉 魚 卵 果物 野菜 菓子
好みの味： すっぱい 苦い 甘い 辛い 塩辛い
嫌いな味： すっぱい 苦い 甘い 辛い 塩辛い
口の渇き： ない 渇き水分をたくさん飲む 渇くがあまり飲めない 口が粘る 口が苦い

6. 便秘： _____日に_____回 便秘 下痢 便秘下痢交互
状態 … 普通 硬い 軟い 泥状

7. 尿： 1日に_____回 排尿痛 有 無 残尿感 有 無

8. 発汗： 普通 多い 少ない 寝汗をかく

9. 睡眠： 起きたときすっきり (している していない) _____時 ~ _____時
状態 … 寝つきが悪い 途中で起きる 寝起きがよくない 二度寝する 夢をみる

10. 月経： 順調 不順 閉経 月経痛 … 無 有 PMS … 無 有

11. 嗜好品： 飲酒 … 週に_____回 喫煙 … 1日に_____本

12. 目の症状： 近 遠 老 メガネ コンタクト 乾く 疲れる 充血 眩しい かすむ

13. アレルギー： ない ある (_____)

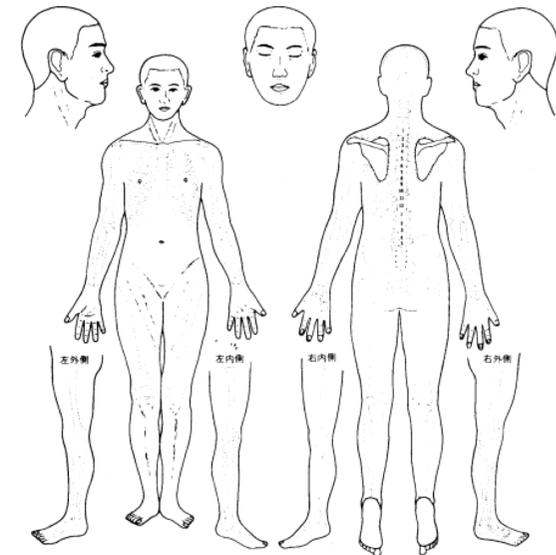
14. 運動： していない している (_____)

15. 幼少時の体質： 夜泣きする かんものむし なかなか寝ない ミルクを飲まない
アトピー 喘息 アレルギー 皮膚がザラザラ 食が細い おねしょ 冷えが強い

16. その他の症状： 頭痛 立ちくらみ 耳鳴り めまい 動悸 胸苦しい ため息
のどの詰まり感 咳がでる 呼吸が浅い 風邪をひきやすい 身体がかゆい
胃痛 胃がもたれる 胃がムカムカする あくび 吐き気 げっぷ お腹が張る
痔 雨の日体が重い 乗り物酔い ぎっくり腰になったことがある のぼせる
足腰がだるい 疲れやすい イライラ くよくよ 怒りっぽい ぼーっとする
手・足に汗をかく

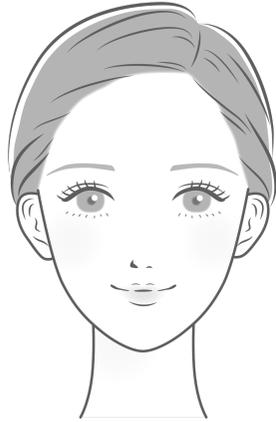
17. 気になる所があれば、図に印をつけてください。

- ・こり
- ・痛み
- ・痺れ
- ・むくみ
- ・冷え
- ・ほてり



***** お肌について (顔鍼の方のみ) *****

1. 気になるトラブル： むくみ しわ たるみ しみ くま ニキビ
その他 ()
図に印をつけてください。



2. 刺激や熱などで肌に赤みやかゆみが出たことがありますか？
ない ある (年 月頃)

3. ボトックス注射を受けたことがありますか？
ない ある (年 月頃)