

OKはり灸マッサージ 問診票

初診日 年 月 日

ふりがな			男	生年月日		
氏名			女	M・T S・H	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 () -		☎ () -			
ご職業			緊急連絡先	☎ () -		
ダイレクトメール送付させていただいて宜しいでしょうか？				Eメールアドレス(メール可の方はお書きください)		
ダイレクトメール送付	<input type="checkbox"/> 郵送可 <input type="checkbox"/> Eメール可 <input type="checkbox"/> 郵送・Eメールどちらも不可					

下記の間診事項にご記入ください。書ける範囲で結構です。

※当院は、個人情報保護に全力で取り組んでいます。

当院で知れた患者様のあらゆる情報は、一切外部へ漏らすことは致しません。

身長 _____ cm 血圧 _____ / _____ (平常時)
 体重 _____ kg 体温 _____ °C (平熱)

■もっともお困りのことはどのようなことでしょうか

()

■それらの病気や症状はいつ頃からおこり、どのような経過をとっていますか

いつ頃から: ()

経過: 平行線 ・ 良くなってきている ・ 悪くなってきている

現在の症状の程度: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
 具合の一番悪かった時を10として教えてください

■この問題に対して医療機関(病院・クリニック)で診察・治療を受けましたか？

受けた(医療機関名: _____) ・ 受けない

■2番目・3番目にお困りの症状がもしあればお書き下さい

()

■ 現在、通院中の医療機関(病院・クリニック)がありますか

はい ・ いいえ

医療機関名:

診断名:

お薬の名前:

■ 今まで入院するような大きな病気やケガをしたことがありますか

はい(病名:) ・ いいえ

■ 今までに手術を受けたことがありますか?

はい(手術名:) ・ いいえ

■ 喫煙について

吸う ・ 吸わない

_____本/1日 やめた方 喫煙歴(_____才~_____才)

■ 飲酒について

週_____日 飲酒歴_____年

■ 今までに受けたのことがあるものに○印をつけてください

マッサージ ・ 整体 ・ 鍼灸(はり治療・お灸)

■ 鍼灸治療についてあてはまるものに印をつけてください

- 症状の改善に必要ななら受りたい
- 少しは興味がある
- 鍼灸治療は抵抗があるので受けたくない
 - はり治療が嫌
 - お灸が嫌
 - はり灸どちらも嫌

■ 当院をどちらでお知りになりましたか?

- 電話帳を見て
- 看板を見て
- チラシ・広告を見て
- 知人からの紹介(_____様)
- ネット検索で(当院のホームページを見て ・エキテンを見て ・その他のWebサイトを見て)
- その他(_____)

■ 当院での治療に主に次のどちらを希望されますか?

1. とにかく一番つらい症状だけを、できるだけ早く改善してほしい
2. 1だけでなく、体調管理・体質改善を目指した治療をしてほしい

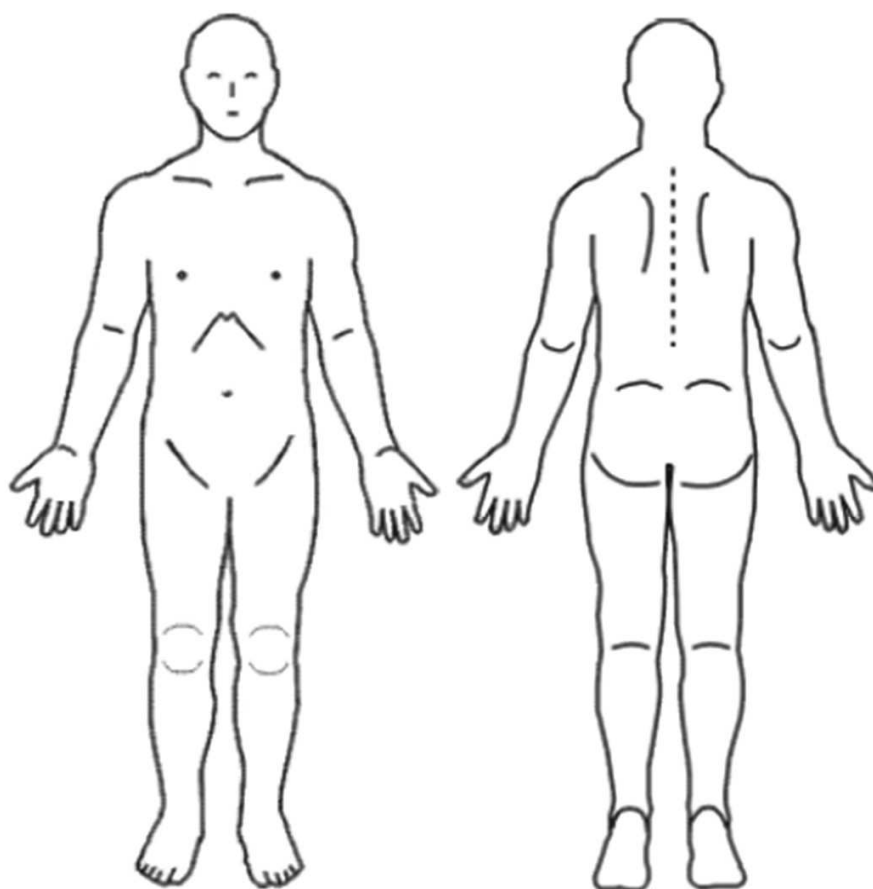
■現在の症状・普段の体質傾向についてのご質問
 (該当する症状に○、著しい場合には◎をつけて下さい)

※自律神経の機能を判断するには、自覚症状がきわめて大切な情報となります。
 お手数ですが、できるだけご協力下さい。(書きたくないところは無理に書かなくて結構です)

食欲	良好 普通 食べ過ぎることが多い 食べてもすぐお腹が減る 食欲減退(食欲がなく食べられない 食欲はないが食べられる 食べられない(食欲がなく食べられない 食欲はあるのに食べられない その他()
睡眠	良好 普通 寝つきが悪い 眠りが浅い 途中で目が覚める よく夢をみる 朝起きるのがつらい 日中眠気が強い 食後に眠くなる その他()
大便	良好 便秘しがち 下痢しがち 下痢と便秘が交互にくる 排便回数が多い 排便回数が少ない 残便感がある 便の硬さの異常がある その他()
小便	普通 排尿回数が多い 排尿回数が少ない 1回の尿量が多い 1回の尿量が少ない 排尿困難 排尿痛 尿漏れ 残尿感 夜寝てからトイレに起きる(なし ・ あり 回) その他()
全身症状	暑がり 寒がり 冷える のぼせる 冷えのぼせがある さむけ 熱っぽい 風に当たると不快 微熱が続く 疲れやすい 体がだるい かぜをひきやすい 汗をかきやすい 汗をかきにくい 寝汗をかく 手足がほてる 性欲減退 その他()
精神状態	憂うつ 不安感 やる気がでない すぐ怒る イライラ 驚きやすい 感情の起伏が激しい その他()
頭	頭痛 頭重感 めまい たちくらみ 頭がボーッとする その他()
目	視力減退 目の疲れ 目のかすみ 目の充血 目が痛い 目の乾燥 目がショボショボする その他()
耳	耳鳴り 難聴 その他()
鼻	くしゃみ 鼻水 鼻づまり 鼻血 その他()
口	口が乾く 口が苦い 口がねばる 味がわからない 舌が痛む 口内炎ができやすい その他()
のど	つかえ感 のどが痛い のどの違和感 のどが渴いて多量の水を飲む のどが渴くが少ししか飲まない その他()
胸	動悸 息切れ 胸痛 胸がつまる感じ 胸苦しさ 胸やけ 咳 痰 その他()
腹	みぞおちのつかえ みぞおちの痛み 胃もたれ げっぷ 吐き気 嘔吐 腹が張る 腹が鳴る おならがよく出る その他()
皮膚	かさかさ じくじく かゆみ ふきでもの その他()
月経関連	初経(才) 月経周期(日周期) 出血期間(日間) 月経不順 出血量が多い 出血量が少ない 月経痛 排卵痛 月経前の違和感 月経前の痛み おりものの異常 その他() 現在妊娠している可能性(あり なし) 妊娠中 閉経(才)

裏面もご記入ください

■痛み・こり・しびれなど



症状のあるところを
上記の図に ○印で 示してください。

その他気になる症状があればお書きください

[]

ご協力ありがとうございました