

予診表

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男 女	明・大・昭・平 年 月 日	
ご住所	(〒 -) Email アドレス:			
	自宅TEL - -	連絡先TEL - -		
ご職業 (詳しくお書き下さい)	ご来院のきっかけ		当院で過去に治療を受けたことがある・ない	
	ご紹介 (様) ・看板 インターネット・HP・パンフレット・他			
<p>現在つらい症状をお書き下さい。(なるべく詳しくお願いします)</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>症状のある場所を○で囲んで下さい。</p>				
<p>・上記の症状について他の医療機関で治療を受けたことがありますか? ない ・ ある</p> <p>[病院 ()科、鍼灸院、接骨院、マッサージ、整体院、その他]</p> <p>・いつですか? []</p> <p>・その時何と言われましたか? (診断名など)</p> <p>[]</p>				
<p>・鍼灸の経験はありますか? 有 ・ 無</p> <p>・アレルギーはありますか? 有 ・ 無</p> <p>・肝炎の経験はありますか? 有 ・ 無</p> <p>・高血圧はありますか? 有 ・ 無</p> <p>・輸血の経験はありますか? 有 ・ 無</p> <p>・糖尿病はありますか? 有 ・ 無</p> <p>・過去に入院、手術または長期通院の経験はありますか? 有 ・ 無</p> <p>[(日・カ月・年)前] [病名:]</p> <p>[(日・カ月・年)前] [病名:]</p>				

・現在の症状、またはたびたびおこる症状に○をつけてください。

1. 痛みがある (部位:)	32. 汗をよくかく
2. しびれがある (部位:)	33. 吐き気がする
3. だるさがある (部位:)	34. 胃がむかつく
4. 頭痛がある	35. 食欲がない
5. 頭重がある	36. お腹がはる
6. いつも不安感がある	37. 便秘をする (約 日間)
7. イライラする	38. 下痢をする
8. 眠れない	39. 血便がある
9. 夢をよく見る	40. 小便の出が悪い
10. めまいがする	41. 小便が近い (1日 回)
11. 耳鳴りがする	42. 小便が濁っている
12. 目がかすむ	43. 小便のあと不快感がある
13. 鼻がつまる	44. むくみがある (顔・手・足・他)
14. 口の中があれる	45. 疲れやすい
15. 口がねばる	46. 体重が急に減少した (カ月)
16. のどが渇く	47. 体重が急に増加した
17. 水分をよく取る	48. 手足が動かみにくい
18. 咳がでる	49. 手足がふるえる
19. 痰がからむ	50. 伝染病にかかったことがある
20. のどがつまる	51. お酒を飲む (日に 位)
21. 呼吸しにくい	52. タバコを吸う (1日 本)
22. 息が切れる	
23. のぼせる	※女性の方は以下の質問にもお答えください
24. 肩がこる	53. 現在妊娠している
25. 首がこる	54. 生理が不順である
26. 背中がこる	55. 生理痛がある (前・中・後)
27. 関節がはれる	56. 不正出血がある
28. 冷えがある	57. おりものについて気になる
29. 熱感 (ほてり) がある	58. 閉経した (歳頃)
30. 胸やけがする	59. 出産経験がある (正常・異常)
31. 動悸がする	

・以下の質問にも分かる範囲でお答えください。

・現在服用中のお薬はありますか? 無 ・ 有	
[いつから:]	薬名:]
[いつから:]	薬名:]
・ご家族疾病経歴: 両親 []	
兄弟 []	
・身長 [cm] 体重 [kg]	
・視力 [右:] [左:]	
・血圧 [/]	
・他に治療に関して心配事、ご要望などありましたらお書きください	
[]	