

問診票（一般）

くすのき鍼灸 salon.

秘

☞ 該当するところにし印か○、または内容をご記入ください ☞

初診日 2022 年 月 日

フリガナ		鍼灸治療経験	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無	
お名前		鍼灸治療が怖い	<input type="checkbox"/> yes	・	<input type="checkbox"/> no	
		生年月日	年	月	日生 歳	
ご住所		TEL	—	—		
〒	-	携帯	—	—		
		e-mail	※大切なお知らせなどに限り使用いたします			
		緊急連絡先	—	—		
当院を選ばれた理由 <input type="checkbox"/> ご紹介（紹介者名 _____） <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）						
お身体についてお尋ねします 身長 _____ cm, 体重 _____ kg, 血圧 _____ / _____, 視力（右： 左： _____）						
本日、お体の不調や気になる場所はどこですか？具体的にお書きください。						
どんな症状ですか？：（例；肩こり、頭痛、腰痛、耳鳴り など） ● ● ●						
その症状はいつ頃始まって、現時点まで変化していますか？						
症状が始まった時期： 症状の変化： <input type="checkbox"/> ひどくなった <input type="checkbox"/> 軽くなった <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 良かったり悪かったり						
この症状で医師の治療を受けていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
その他の症状について						
次の症状で現在治療を受けていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎（A型・B型・C型） <input type="checkbox"/> H I V						
現在上記の症状以外で医師の治療を受けていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ 病 名： （例：高血圧、ガン、緑内障、心臓病、喘息など）						

<p>大病（手術、入院、骨折、交通事故など）の経験はありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ 内容： _____ 年前</p>				
<p>ご家族・肉親で遺伝的な病気の傾向がありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ 病名： _____</p>				
<p>現在次のお薬を使用していますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ <input type="checkbox"/>血液凝固防止剤（血液を固まりにくくする薬：ワーファリン・ウロキナーゼ・ヘパリンなど）、 <input type="checkbox"/>バファリン <input type="checkbox"/>アスピリン</p>				
<p>アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ どのようなアレルギーですか <input type="checkbox"/>花粉症（ _____ 花粉） <input type="checkbox"/>金属アレルギー（特にニッケル） <input type="checkbox"/>食べ物（ _____ ）</p>				
家族歴	父母	健在・治療中・他界 病名 (_____)	配偶者	健在・治療中・他界 病名 (_____)
	兄弟	健在・治療中・他界 病名 (_____)	子供	健在・治療中・他界 病名 (_____)
日常生活についてお聞きします				
<p>1. ご職業 _____ 専業主婦・会社員・公務員・自営業・パート、アルバイト・学生 その他 (_____) お仕事の職種は何ですか？ 事務・営業・販売・その他 (_____)</p>				
2. 起床 (_____ 時 _____ 分頃) 就寝 (_____ 時 _____ 分頃)				
3. 通勤方法は？ 電車・バス・自転車・徒歩・その他 (_____) 片道 _____ 時間 _____ 分位				
4. 勤務時間は？ (_____ : _____ ~ _____ : _____ まで) 1日の平均残業時間 (_____ 時間くらい)				
5. お休みはいつですか？ (例：土、日が休み)				
6. 日頃何か運動をしていますか？				
7. 運動以外で健康に気をつけている事はありますか？				
8. 胃の状態 → 食欲 (旺盛・普通・不振) 胃痛 → <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (空腹時・食後・いつも)				
<p>9. 冷えはありますか？ → <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 「あり」とお答えの方 → <input type="checkbox"/>お尻 <input type="checkbox"/>腰 <input type="checkbox"/>お腹 <input type="checkbox"/>足首から下 <input type="checkbox"/>膝から下 <input type="checkbox"/>足の指先 <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>				
10. 嗜好品についてお聞きします				
<p>タバコは？ <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う → 1日 _____ 本くらい アルコールは？ <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む → 週に _____ 回くらい 飲む場合、おもに飲むのは ⇒ ビール・日本酒・ウィスキー・ワイン・焼酎</p>				
<p>11. 好んで食べる物は？ <input type="checkbox"/>甘い <input type="checkbox"/>しょっぱい <input type="checkbox"/>酸っぱい <input type="checkbox"/>辛い <input type="checkbox"/>脂っこい <input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>				