

くすのき鍼灸 salon.



☞ 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 2025 年 月 日

フリガナ		鍼灸治療経験	☐ 有	・	☐ 無	
お名前		鍼灸治療が怖い	☐ yes	・	☐ 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 ☐ ご紹介（紹介者名 ） ☐ ホームページ ☐ 広告 ☐ その他 （ ）						
お身体についてお尋ねします 身長 cm， 体重 k g， 血圧 / ， 視力（右： 左： ）						
本日、お体の不調や気になるところはどこですか？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： ☐ ひどくなった ☐ 軽くなった ☐ 変わらない ☐ 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？ ☐ はい ☐ 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？ ☐ はい ☐ いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ ☐ 血友病 ☐ 糖尿病 ☐ 肝炎（A型・B型・C型） ☐ 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？ ☐ はい ☐ 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）						

大病（手術、入院、骨折、交通事故など）の経験はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ 内容： 年前				
ご家族・肉親で遺伝的な病気の傾向がありますか？ ☐ はい ☐ いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ 病名：				
現在次のお薬を使用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ ☐ 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）、 ☐ バファリン ☐ アスピリン				
アレルギーはありますか？ ☐ はい ☐ いいえ 「はい」とお答えの方 ⇒ どのようなアレルギーですか ☐ 花粉症（花粉） ☐ 金属アレルギー（特にニッケル） ☐ 食べ物（ ）				
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				
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（ ）				
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がありますか？				
8. 胃の状態 → 食欲（旺盛・普通・不振） 胃痛 → ☐ あり・ ☐ なし（空腹時・食後・いつも）				
9. 冷えはありますか？ → ☐ あり ☐ なし 「あり」とお答えの方 → ☐ お尻 ☐ 腰 ☐ お腹 ☐ 足首から下 ☐ 膝から下 ☐ 足の指先 ☐ その他（ ）				
10. 嗜好品についてお聞きします タバコは？ ☐ 吸わない ☐ 吸う → 1日 本くらい アルコールは？ ☐ 飲まない ☐ 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				
11. 好んで食べる物は？ ☐ 甘い ☐ しょっぱい ☐ 酸っぱい ☐ 辛い ☐ 脂っこい ☐ その他（ ）				