

問診票（一般）

くすのき鍼灸 salon.

秘

該当するところにレ印か〇、または内容をご記入ください

初診日 2026 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

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 kg, 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

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) HIV

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、縁内障、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>				
<p>2. 起床（ 時 分頃） 就寝（ 時 分頃）</p>				
<p>3. 通勤方法は？ 電車・バス・自転車・徒歩・その他（ ） 片道 時間 分位</p>				
<p>4. 勤務時間は？ (: ~ : まで) 1日の平均残業時間（ 時間くらい）</p>				
<p>5. お休みはいつですか？ (例：土、日が休み)</p>				
<p>6. 日頃何か運動をしていますか？</p>				
<p>7. 運動以外で健康に気をつけている事はありますか？</p>				
<p>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>				
<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>				
<p>10.嗜好品についてお聞きします</p>				
<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"/>しおっぱい <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>				