

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 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 <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： <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）						

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				
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：				
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				
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（ ）				
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)				
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 ()				
10. 嗜好品についてお聞きします 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				
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 ()				