

鍼灸問診票

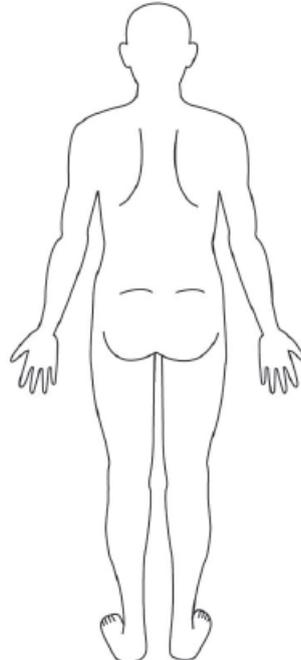
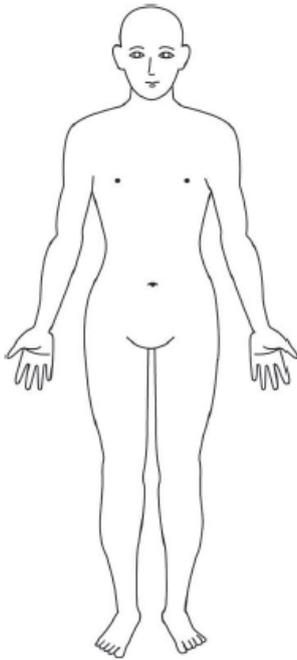
記入日 年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 西暦 年 月 日(歳) TEL — —
住所 〒 —	身長 cm 体重 kg 職業

①現在お困りの症状は何ですか？

例：痛い、しびれる、イライラ感、無気力感、めまい 等

※気になる部位を○で示してください



②いまの状態を○でお囲みください。

※症状が一番つらい時を「10」、全くない時を「0」とする

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

③上記の症状に対して治療は受けましたか？

いいえ

はい →はいの場合は、↓に詳細をご記入ください。

日時	診断名および医師の説明	治療方法・治療の効果

※裏面もご記入ください。

既往歴について

①今までにかかった病気は ない ある

- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 心臓病 ・ 血栓症 ・ 脂質代謝異常 ・ 甲状腺
・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 悪性疾患 ・ 貧血 ・ 輸血 ・ てんかん ・ 膠原病
・ 消化性潰瘍 ・ B型肝炎・C型肝炎:治癒 or 治療中 ・ 精神疾患[]
・ 婦人科手術[] ・ その他手術[] ・ その他[]

②ご家族のかかった病気は ない ある 例:・糖尿病 (祖父、父)

- ・ 高血圧 () ・ 糖尿病 () ・ 遺伝病 () ・ 血栓症 ()
・ がん () ・ 高脂血症 () ・ その他 ()

月経・妊娠・出産歴について

①初潮 歳 ・ 閉経 歳

②月経周期は 順調(~ 日周期) 不順(遅・早・不規則・その他)

③月経の量は 多い 普通 少ない

④月経痛は ない ある (腹痛 腰痛 頭痛 その他[])

⑤おりものは ない ある (色)

⑥不正出血は ない ある

⑦妊娠・出産について 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回

体質や生活などについて

①薬によるトラブル ない ある ※ある方はご記入ください。

薬の名前	日時	症状	その他

②食べ物によるトラブル ない ある

食べ物の名前	日時	症状	その他

③今現在使っている薬やサプリメント ない ある

薬やサプリメントの名前	効果	使い方	その他

④普段よく摂取する嗜好品

- ・ 煙草 吸わない 吸う(本/日: 年間) やめた
・ お酒 飲まない 飲む(ml程度/日・週・月:お酒の種類) やめた

何かお困りのこと、ご心配なこと、お聞きになりたいことなどあればご記入ください。

個人情報保護法に基づき利用させていただきます。ご了承ください。2024年9月