

問 診 票

わかる範囲で記入してください。記入したくないところは無理して記入しなくて結構です。 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	年齢
お名前		男 女	大・昭・平・令 年 月 日	
ご住所	〒 -			
ご本人 連絡先	☎	ご職業		続柄
緊急時 連絡先	☎	緊急時 連絡先 お名前		

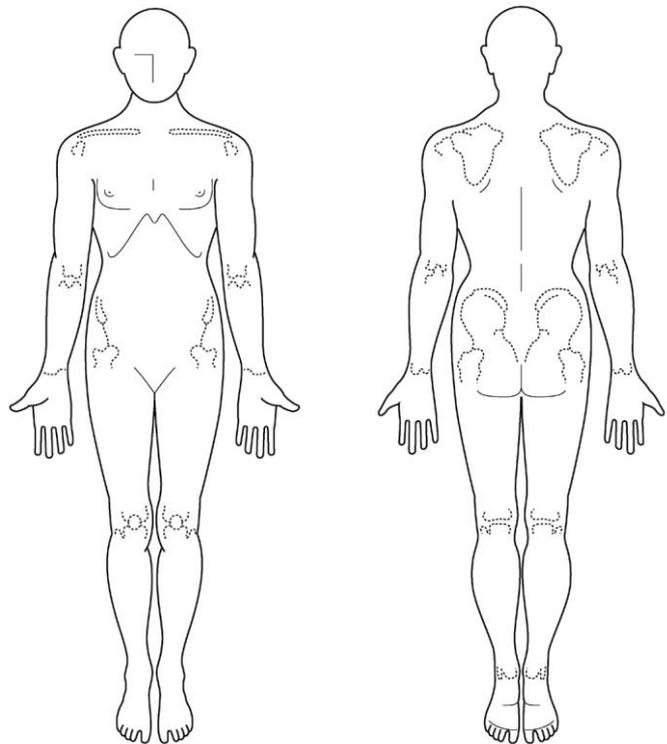
現在つらい症状をお書きください
(なるべく詳しくお願いします)

症状のある場所を○で囲んでください

1.

2.

3.



・上記の症状について他の医療機関で治療を受けたことがありますか？
なし・あり [病院()科、鍼灸院、接骨院、マッサージ、整体院、その他]
・その時何と言われましたか？(診断名など)

問 診 票

令和 年 月 日

わかる範囲で記入してください。記入したくないところは無理して記入しなくて結構です。

身長	cm	体重	kg	血圧	/	体温	℃
				脈拍	bpm		
・鍼灸の経験はありますか？		なし・あり		・高血圧はありますか？		なし・あり	
・肝炎の経験はありますか？		なし・あり		・糖尿病はありますか？		なし・あり	
・輸血の経験はありますか？		なし・あり		・アレルギーはありますか？		なし・あり	
・生活習慣についてお聞きします。							
飲酒	なし・あり	以前は飲んでいた/付き合い程度に飲む/習慣的に飲む ビール / ワイン / 日本酒 / 焼酎 / ウイスキー / その他() 1日(合/本/杯)相当を週に()日					
喫煙	なし・あり	以前吸っていた:(才)から(才)まで 現在吸っている:(才)から1日(本)まで					
喫茶	なし・あり	コーヒー/紅茶/日本茶/その他()を1日(杯)					
・今までにかかった病気などについてお聞きします。							
なし・あり	入院・通院	才頃 (病名:)				手術	なし・あり
	入院・通院	才頃 (病名:)				手術	なし・あり
	入院・通院	才頃 (病名:)				手術	なし・あり
・血縁者、同居者についてお聞きします。							
	父	(才)	健康/病気(病名)		/死亡(病名)		
	母	(才)	健康/病気(病名)		/死亡(病名)		
	同居者	(才)	健康/病気(病名)		/死亡(病名)		
	兄弟姉妹	(才)	健康/病気(病名)		/死亡(病名)		

問 診 票

令和 年 月 日

わかる範囲で記入してください。記入したくないところは無理して記入しなくて結構です。

あなたの現在の症状、またはたびたび起こる症状がありましたら○をして下さい。

1.痛みがある(部位:)	32.汗をよくかく	
2.しびれがある(部位:)	33.吐き気がする	
3.だるさがある(部位:)	34.胃がむかつく	
4.頭痛がある	35.食欲がない	
5.頭重がある	36.お腹がはる	
6.いつも不安感がある	37.便秘をする	
7.イライラする	38.下痢をする	
8.眠れない	39.血便がある	
9.夢をよく見る	40.小便の出が悪い	
10.めまいがする	41.小便が近い	
11.耳鳴りがする	42.小便が濁っている	
12.目がかすむ	43.小便のあと不快感がある	
13.鼻がつまる	44.むくみがある	
14.口の中があれる	45.疲れやすい	
15.口がねばる	46.体重が急に減少した	
16.のどが渇く	47.体重が急に増加した	
17.水分をよく取る	48.手足が動かしくい	
18.咳が出る	49.手足がふるえる	
19.痰がからむ	50.伝染病にかかったことがある	
20.のどがつまる	51.アルコール消毒でかぶれたことはありますか	
21.呼吸しにくい	※女性の方はお答えください	
22.息が切れる		
23.のぼせる		
24.肩がこる		
25.首がこる		
26.背中がこる		
27.関節がはれる		
28.冷えがある		
29.熱感(ほてり)がある		
30.胸やけがする		
31.動悸がする		
		52.現在妊娠している
		53.生理が不順である
	54.生理痛がある(前 / 中 / 後)	
	55.不正出血がある	
	56.おりものについて気になる	
	57.閉経した(才頃)	
	58.出産の経験がある(正常 / 異常)	