

問 診 票

初診 年 月 日

氏 名	(ふりがな)	性別	□男 □女
生年月日	□昭和 □平成 □令和 □西暦 年 月 日 (歳)		
連絡先	(住所)〒		
	(電話)	(Mail)	
職 業		当院を知った きっかけ	

① 最もつらい症状は何ですか (できるだけ具体的にご記入ください)

② いつ頃から、どのように症状が出てきましたか

③ 症状が特につらい時間や動作はありますか

④ 症状の原因として思い当たることはありますか

⑤ そのほかに症状はありませんか

⑥ 今までにかかったことのある病気・治療中の病気・手術歴はありますか

現在病院に通われていますか はい(_____ 病院 _____ 科) いいえ

診断名 (_____)

治療法、お薬など (_____)

7 基本生活（思い当たる点に✓を、空欄には数字をご記入ください）

【睡眠】

- 時間（_____時～_____時まで 合計_____時間） 睡眠時間に（満足 足りない）
ぐっすり眠れる 眠りが浅い 全く眠れない 朝早く目が覚める 夢をよく見る
すぐ眠りに就けない 夜中に目が覚める トイレに何度も起きる 朝起きづらい
日中眠い 食後に眠くなる あくびがよく出る

【食事】

- 食欲（旺盛 普通 ない） 間食（毎日する ときどき しない）
回数（1日_____回） 量（満腹まで 腹にちょうど 少ない目）
好みの味付け（酸っぱい 苦い 甘い 辛い 塩辛い）

【二便】

- 便の回数（毎日 便秘ぎみ_____日に1回） 硬さ（硬い 普通 軟便 下痢）
残便感がある 便が細い おなかが張る ガスがよく出る
尿の回数（1日_____回） 尿量（多い 普通 少ない 出にくい）
尿の色（濃い黄色 普通 透明 赤い） 漏らす 頻尿 残尿感 排尿痛

8 その他（思い当たる点に✓を、空欄には数字などをご記入ください）

- 口や喉が乾く 口や喉は乾くがあまり飲みたくない 息切れ 咳が出る
鼻水が出る 鼻が詰まる 鼻血が出る げっぷ 吐き気 嘔吐
動悸 胸がつかえる 胸やけ 腹痛（部位_____）
- 汗をよくかく（部位_____） 寝汗をかく 動かないのに汗が出る
疲れると冷や汗が出る 軽く動くだけで汗が出る 温かいものを飲食すると汗が出る
- 手や足が冷える 手や足が熱い 寒がり 熱がり 湿気に弱い むくみ
のぼせて顔が熱い 首や背中がゾクゾク冷える
- イライラしやすい くよくよ悩む 考え事が多い 心配事が多い 怖がり 驚きやすい
悲しくなり泣くことが多い 怒りっぽい 最後までやらないと気が済まない 無感動
- 月経（順調 不順 なし） 出血時の塊 不正出血 強い痛み 排卵痛
妊娠経験（ある ない） 妊娠中（_____ヶ月）

身長（_____cm）	体重（_____kg）
体温（_____℃）	血圧（_____～_____mmHg）
視力 裸眼 右（_____） 左（_____）	矯正 右（_____） 左（_____）
現在おこなっている運動など（_____）	
酒（種類_____・_____ml/日）	
たばこ（_____本/日）	はり灸は初めてですか（ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ）