**問　診　票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

：　　　　　　　　　　　（ 男・女 ）

**生年月日**： （ 大正・昭和・平成 ）　　　年　　　月　　　日 （　　歳）

**住所**：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　 **電話**：（自宅）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（携帯）

**職業**：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 **Eメール**：

**紹介者**：

**主訴**（最もつらい症状）

* いつ頃からどのような症状が起きましたか。

* 原因は何だと思いますか。

* 上記に対して医療機関を受診されましたか。（ はい・いいえ ）
* 診断では何と言われ、どんな治療を受けましたか。

**既往歴**（ 何歳のとき、どのような病気やけがをしましたか。 ）

* 手術した（ はい・いいえ ）　・輸血した（ はい・いいえ ）

**現在服用している薬**（ ある・ない ）

**主訴以外に何か不調はありますか？　気になることを何でもお書きください。**

　　睡眠時間　　　　時間／日　　時刻　　～　　時頃　　毎日の睡眠（ 規則的、不規則 ）

　　眠り（ 良い、寝つきが悪い、眠りが浅い、朝早く目覚める、目覚めが悪い ）

　　食欲（ 旺盛、普通、ない、自分で制限している ）

　　食事回数　　回／日 毎日の食事（ 規則的、不規則 ）

　　便通　　　　回／日 　　おなかの調子（ 良い、便秘、下痢、腹が張る、下剤を服用 ）

尿　　　　回／日 （ 多い、残尿感がある、トイレのために夜間　　回起きる ）

頭痛（ 頻繁にある、たまにある、激しい、軽い、片頭痛 ）

　　めまい（ 頻繁にある、たまにある）　 立ちくらみ（ 頻繁にある、たまにある ）

　　耳鳴り（ 常にある、頻繁にある、たまにある ）

　 難聴（ ある、以前になったことがある ）

　　目 （ 眼精疲労、ドライアイ、涙が多い、目ヤニ、充血 ）

汗 （ 寝汗が多い、あまり出ない、顔や頭、手足、全身 ）

胸 （ 重苦しい、胸やけ、動悸、息切れ ）　胃（ 胃もたれ、胃痛、ゲップが多い ）

冷え （ 手、足、腰、背中、腹 ） むくみ （ 手、足、顔 ）

　 こり・ハリ（ 首、肩、腕、背中、腰、足 ）　　だるさ（ 全身、足、腰、その他 ）

　　月経 （ 順調、不順、ない ）　　生理痛（ ない、時々、毎回、薬を服用 ）

　　体質　（ 疲れやすい、寒がり、暑がり、アレルギー、

肌荒れ（じんましん、発疹、しもやけ、乾燥） ）

**治療経験** （ 鍼灸、整体、マッサージ、その他　　　　　　　　　　　 ）

**健康のためにご自分で何かされていることはありますか？**

　例）食事療法、定期的な運動、他の療法 など

**サルビア鍼灸院に期待することは何ですか？**

　例）日常生活に支障がない程度にまで回復する。 主訴の完治。

　　　服用している薬を止める。　体質改善。 健康的な身体を維持する。など

* ご記入ありがとうございました。

お書きいただいた個人情報については、秘密を厳守いたします。