

問 診 票

_____年__月__日

フリガナ
氏名：_____（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。_____

・ 原因は何だと思えますか。_____

・ 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。