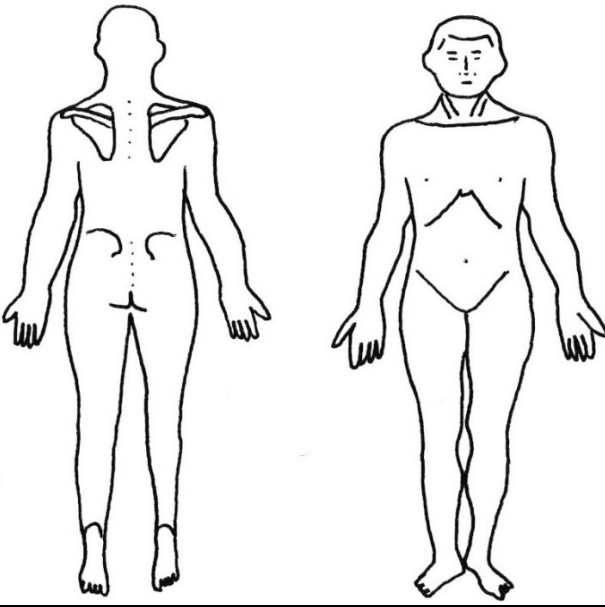


# 予診票

(1枚目)

記入日	西暦	年	月	日	男・女	生年月日	( ) 歳					
ふりがな					ご職業	T/S/H/R:	年 月 日					
お名前						自宅Tel	( - - )					
						携帯Tel	( - - )					
						会社Tel	( - - )					
ご住所	〒 -					メールアドレス						
						@						
						お知らせの配信を希望 (する・しない)						
					既婚・未婚・離婚	お子様の人数	人					
現在の苦痛またはお困りの事はなんですか。					症状のある箇所に印をつけてください。							
												
								いつからその症状はありますか。				
					思い当たる原因							
その症状に対し、他の病院・治療院等へ行かれたか？					既往歴 (※アレルギー含む)							
1.行っていない					現在服用中の薬 _____ _____							
2.行った⇒・直近受診日 ( 年 月 日)												
・診断名 ( )												
・処方された薬等 ( )												
同居中のご家族について/同居人数:自分を含め					当院へご来院のきっかけ							
名前	年齢	ご本人との関係	備考		□ウェブ 検索(検索キーワード: )							
( )	( )	( )	( )		□ホームページ・SNS (Instagram等)							
( )	( )	( )	( )		□職場・自宅が近い / □偶然・通りがかり							
( )	( )	( )	( )		□紹介 (紹介者名: )							
( )	( )	( )	( )		※紹介者との関係 ( )							
( )	( )	( )	( )		□その他 ( )							
					鍼灸の経験 (あり・なし)							

# 予診票

(2枚目)

※現在の症状についてご記入ください。(◎非常に強い ○あり △時々気になる)

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 脚のひきつり
<input type="checkbox"/> 頭重	<input type="checkbox"/> 脚のだるさ
<input type="checkbox"/> 顔面痛	<input type="checkbox"/> 足の痛み(左・右)
<input type="checkbox"/> 顔ののぼせ・ほてり	<input type="checkbox"/> 足のしびれ(左・右)
<input type="checkbox"/> 眼の痛み・かすみ・眼精疲労	<input type="checkbox"/> 足の冷え
<input type="checkbox"/> 視力が弱い(遠・近・老・乱)	<input type="checkbox"/> 足のほてり
<input type="checkbox"/> 眼のかすみ・疲れ	<input type="checkbox"/> 足のむくみ
<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> 膝の痛み(左・右)
<input type="checkbox"/> 鼻汁がよくでる	<input type="checkbox"/> 膝の腫れ(左・右)
<input type="checkbox"/> 鼻血	<input type="checkbox"/> 体がだるい
<input type="checkbox"/> 耳鳴り(左・右)	<input type="checkbox"/> 疲れやすい
<input type="checkbox"/> 難聴(左・右)	<input type="checkbox"/> 微熱がよく出る
<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい
<input type="checkbox"/> のどのつまり感	<input type="checkbox"/> 汗の異常(多汗・無汗・寝汗)
<input type="checkbox"/> 口が渇く	<input type="checkbox"/> 睡眠障害(入眠困難・起床困難・途中覚醒・浅い)
<input type="checkbox"/> のどが渇く	<input type="checkbox"/> 心配事がある
<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ
<input type="checkbox"/> たん	<input type="checkbox"/> 貧血
<input type="checkbox"/> 声がかすれる	<input type="checkbox"/> ストレスが多い
<input type="checkbox"/> 息がくさい	<input type="checkbox"/> 食いしばりがある
<input type="checkbox"/> 首筋のコリ・痛み	<input type="checkbox"/> 痔(痛み・出血)
<input type="checkbox"/> 肩のコリ(左・右)	<input type="checkbox"/> 吐き気
<input type="checkbox"/> 肩の痛み(左・右)	<input type="checkbox"/> 尿が出にくい
<input type="checkbox"/> 肩が動かしにくい(左・右)	<input type="checkbox"/> 頻尿(夜間尿は1日 回)
<input type="checkbox"/> 胸や腋の痛み	<input type="checkbox"/> アレルギー体質
<input type="checkbox"/> 胸やけ・げっぷ	(具体的に: )
<input type="checkbox"/> 動悸・息切れ	<input type="checkbox"/> やせ
<input type="checkbox"/> 腹の痛み(上・下・左・右・中央)	<input type="checkbox"/> 肥満
<input type="checkbox"/> 腹が張る	<input type="checkbox"/> 神経質
<input type="checkbox"/> 腕の痛み(左・右)	<input type="checkbox"/> うつ
<input type="checkbox"/> 肘の痛み(左・右)	
<input type="checkbox"/> 手のしびれ(左・右)	
<input type="checkbox"/> 手のこわばり(左・右)	
<input type="checkbox"/> 背中のコリ・痛み	
<input type="checkbox"/> 腰痛(左・右)	
<input type="checkbox"/> 腰が重い	
<input type="checkbox"/> 腰の冷え	
<input type="checkbox"/> 臀部(お尻)の痛み(左・右)	
<input type="checkbox"/> 太もも・スネの痛み(左・右)	

※以下は女性のみお答えください。

<input type="checkbox"/> 生理不順(早・遅・短・長・無・不正出血)
<input type="checkbox"/> 生理痛がある(生理前・中・後)
<input type="checkbox"/> 帯下(こしけ・おりもの)
<input type="checkbox"/> 現在妊娠している、妊娠の可能性がある
<input type="checkbox"/> 出産経験がある( 回/分娩: 正常・異常)
<input type="checkbox"/> 流産経験がある( 回)
<input type="checkbox"/> 閉経( 歳ごろ)

※日々の生活習慣についてご記入ください。

<b>食事</b>	1日 回(朝食 時/昼食 時/夕食 時) 夜食・間食(あり・なし・ときどき)
<b>食欲</b>	普通・不振・亢進・大食い・小食・早食い
<b>嗜好</b>	<input type="checkbox"/> お酒(飲まない・たまに飲む・飲む: 週 回/内容: ) <input type="checkbox"/> タバコ(1日 本位・吸わない) <input type="checkbox"/> 好きな食べ物(甘味・塩気・辛い物・揚げ物・肉・魚・加工食品・野菜・他: ) <input type="checkbox"/> 水分(1日 位・水・ジュース・コーヒー・お茶・他: )
<b>便秘</b>	日に1回(普通・硬・軟・下痢・便秘・不定期)
<b>睡眠</b>	1日 時間: 起床( 時 分) ~ 就寝( 時 分)
<b>運動</b>	週 回/内容:
<b>就業時間</b>	週 回・1日 時間・(デスクワーク・肉体労働・立ちっぱなし・他: )
<b>PC・スマホ</b>	使う(1日 時間)・使わない
<b>趣味</b>	