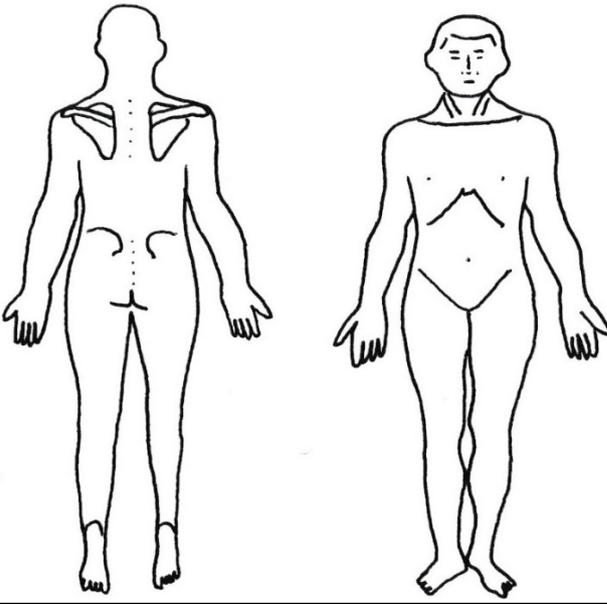


予診票

(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	
2.行った⇒・直近受診日 (年 月 日)	
・診断名 ()	
・現在の服用中の薬	
・受けた治療 ()	
・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。

食事	1日 回(朝食 時/昼食 時/夕食 時) 夜食・間食(あり・なし・ときどき)
食欲	普通・不振・亢進・大食い・小食・早食い
嗜好	・お酒(飲まない・たまに飲む・飲む: 週 回/内容:) ・タバコ(1日 本位・吸わない) ・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:) ・水分(1日 位・水・ジュース・コーヒー・お茶・他:)
便秘	日に1回(普通・硬・軟・下痢・便秘・不定期)
睡眠	1日 時間: 起床(時 分) ~ 就寝(時 分)
運動	週 回/内容:
就業時間	週 回・1日 時間・(デスクワーク・肉体労働・立ちっぱなし・他:)
PC・スマホ	使う(1日 時間)・使わない
趣味	