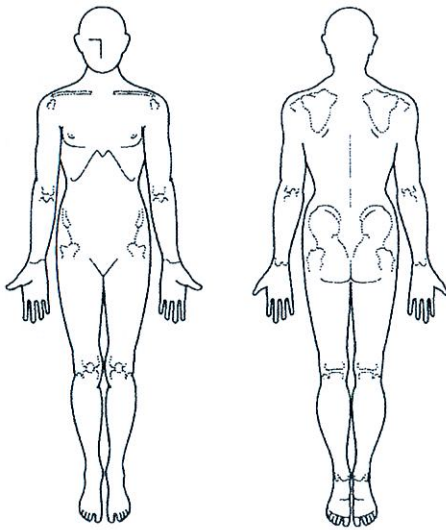




問 診 表

(No.)
年 月 日

◎領収証 (毎回・月・年・なし)

紹 介 者 :	生年月日	大・昭・平	年	月	日生
フリガナ	性 別	電 話 ()	—		
お 名 前	男・女	携 帯 ()	—		
〒 () — () 住 所					
職 業 () 立仕事・座り仕事・力仕事		何かスポーツをしていますか？ ()			
現在の症状・原因 ※ 保険を使用される場合は、負傷原因・負傷日等が必要です					
* 最もつらい症状 または、痛む部位					
* いつ					
* どこで					
* 何をしていて					
					
※ その場所を図示して下さい					
* 上記の症状で、他の医療機関を受診しましたか？ (はい・いいえ)					
* 今までにマッサージ・整体・はり・灸 等、治療をしたことはありますか？ 接骨院 マッサージ 整体 はり 灸 その他 (+ ・ -)					
* 今までに、交通事故などでムチウチをしたことがありますか？ (はい・いいえ)					
* 今までに、ぎっくり腰、ヘルニア、分離症、すべり症などはしたことがありますか？ (はい・いいえ)					
* その他の疾患 糖尿病・高血圧・(心・肝・胆・腎・腸) 疾患・関節リウマチ・婦人科系疾患 癌・骨折・骨粗鬆症・ムチウチ症・妊娠の可能性・その他 ()					
* 今までに、体全体で骨折や脱臼などをしたことがありますか？ (はい・いいえ)					
* 今までに、手術をしたことがありますか？ (はい・いいえ)					

胸マット (まる枕 ・ 長枕 ・ なし) ・ 足 枕



問 診 票

氏名 ()

東洋医学では自覚症状がきわめて大切な情報となります。

お手数ですが問診票のご記入につきまして、ご協力お願い申し上げます。

各項目に当てはまるものが複数ありましたら、当てはまる全てに○をつけて下さい。

苦手な施術方法がありますか？

- ・マッサージ () ・矯正、ボキボキ () ・鍼 () ・灸 ()
・電気療法 () ・カッピング、吸玉 () ・ローラーベッド ()

やった事がない施術がありますか？

- ・マッサージ () ・矯正、ボキボキ () ・鍼 () ・灸 ()
・電気療法 () ・カッピング、吸玉 () ・ローラーベッド ()

- ・お仕事の内容： ・立ち仕事 ・座り仕事 ・歩く仕事 ・考える仕事
 ・眼を使う仕事 ・手を使う仕事

・お仕事でよく使う体の部位：

[]

- ・家族の遺伝傾向： ・癌 ・糖尿病 ・リウマチ ・高血圧 ・脳卒中 ・アレルギー ・膠原病
 ・上記以外()

1、最も困っている症状について教えてください。

- ・いつくらいから、症状が出ていますか？ ()
・最もつらいのはどのような症状ですか？ ()
・どのような状況や場合につらいですか？ ()
・どのような場合に楽になりますか？ ()
・他にも気になる症状はありますか？ ()

2、症状の経過等について詳しく教えてください。

- ・症状はいつから起きましたか？ ・今回が初めて ・起こったことがある
- ・前からよく起こっている（____歳頃に起きた）

- ・どのような経過をたどっていますか？ ・急に起こった ・徐々に起こった ・変わらない
- ・悪くなってきている ・良くなりつつある

- ・つらい時間帯はありますか？ ・朝 ・昼 ・夕方 ・深夜
- 上記以外で、つらい時間帯がありましたらご記入をお願いします。

[]

- ・つらい季節はいつですか？ ・春 ・夏 ・秋 ・冬 ・季節の変わり目 ・梅雨時
- 上記以外で、つらい時期がありましたらご記入をお願いします。

[]

- ・どのような時につらくなりますか？ ・常時 ・イライラした時 ・一定しない
 - ・冷えた時 ・温まった時
- 上記以外で、つらくなる状態、状況、環境がありましたらご記入をお願いします。

[]

- ・今回の症状が起こる前に変わったことはありましたか？
 - ・肉体的に無理をした ・精神的に無理をした ・風邪をひいた
 - ・生活環境が変化した（_____）
- ・今一番つらい症状は、全体的な体調の変化に合わせて変化しますか？
 - ・変化する ・変化しない ・よくわからない
- その他、症状が変化する要因があれば記入をお願いします。

[]

- ・今回の症状が起こると同時に出来た症状や体調の変化はありますか？
 - ・食欲不振 ・異状食欲 ・口が渇きやすい ・口内炎 ・味覚異常 ・便秘 ・下痢
 - ・腹部膨満感 ・動悸 ・体重減少 ・体重増加 ・体のだるさ ・のぼせ ・ふらつき
 - ・こむら返り ・眼が疲れやすい ・眠りに入りにくい ・眠りが浅い ・夢をよく見る
 - ・朝起きるのがつらい ・耳鳴り ・むくみ ・痛み ・かゆみ
- 上記以外の症状があれば記入をお願いします。

[]

3、日常生活について、次の質問にお答えください。

飲酒について：・あり ・なし

- ・飲酒歴 開始年齢_____歳
- ・中止年齢_____歳
- ・過去の飲酒歴 1日_____合くらい
- ・現在の飲酒歴 1日_____合くらい

喫煙：・あり ・なし

- ・開始年齢_____歳
- ・中止年齢_____歳
- ・過去の喫煙歴 1日_____本くらい
- ・現在の喫煙歴 1日_____本くらい

食欲：・よい ・普通 ・低下 ・ない ・自分で制限している

食事の量：・大食 ・普通 ・小食

食事時間：・規則的 ・不規則（朝食_____時頃、昼食_____時頃、夕食_____時頃、夜食_____時頃）

食べる速さ：・早い（_____分） ・遅い（_____分）

食事前の空腹感：・ない ・ほとんどない ・ときどき ・いつも空腹感を感じる

噛む回数：・よく噛む ・普通 ・あまりよく噛まない

食後の膨満感、胸焼け：・いつも ・よくある ・時々ある ・滅多にない ・ない

食後の状態：・胃が痛む ・下腹部が痛む ・強い眠気に襲われる ・とくにない

間食：・とらない ・週に何度か ・1日に2回以上 ・1日に1回位

食事は美味しく食べられますか？：・いつも美味しく食べられる ・時々美味しいと思う
・あまり美味しく食べれない

美味しく感じない理由：・味を感じない ・違う味を感じる

睡眠：・よく眠れる ・寝つきが悪い ・眠りが浅い ・よく目が覚める ・よく夢を見る
・寝起きが悪い ・早く目が覚めてしまう

便通：・良好 ・便秘 ・下痢 ・下痢と便秘が交互に来る

1日_____回位

週に_____回位（便秘気味）

月に_____回位（便秘）

便の状態：・普通 ・水様 ・泥状 ・軟便 ・固くつながっている ・コロコロ便
・固くはないがスッキリとしない ・残便感がある ・ガスがたまる
・下剤を常用している ・下腹部痛がある ・下腹部の張りがある

尿：・残尿感 ・排尿時痛む

尿の回数：1日_____回位

夜寝てから排尿の為にトイレに起きる：・ある_____回位 ・ない

尿の色：・普通 ・薄い ・濃い ・赤濁 ・白濁 ・赤茶色 ・茶色 ・黄色

女性のみにお聞きします。

月経：・ある ・ない

初潮：_____歳

閉経：_____歳

最終月経：_____月_____日～_____月_____日

月経周期：・順調 ・遅れる ・早まる ・一定しない

月経期間：_____日間

月経痛：・なし ・月経前 ・月経前半 ・月経後半

鎮痛剤の服用：・あり ・なし

月経量：・普通 ・多い ・少ない

経血の色：・濃い ・薄い ・どちらとも言えない

経血の形状：・塊が出る ・粘った膜が出る ・膿血 ・サラサラ

月経周期に関連した不調：・なし ・月経前 ・月経中 ・その他の時期

不正出血：・あり ・なし

帯下（おりもの）：・普通 ・多い ・少ない

月経前の体調：・発熱 ・吐き気 ・イライラ ・寝込む

腰の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

下腹部の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

乳房の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

月経初期の体調：・発熱 ・吐き気 ・イライラ ・寝込む

腰の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

下腹部の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

乳房の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

月経中期の体調：・発熱 ・吐き気 ・イライラ ・寝込む

腰の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

下腹部の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

乳房の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

月経後期の体調：・発熱 ・吐き気 ・イライラ ・寝込む

腰の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

下腹部の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

乳房の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

月経後の体調：・発熱 ・吐き気 ・イライラ ・寝込む

腰の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

下腹部の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

乳房の痛み：・刺痛 ・鈍痛 ・腫れ ・その他（_____）

一番つらい症状と月経の状態との関連：・ある ・ない ・わからない

一番つらい症状が出てからの月経の状態の変化：・ない ・ある（_____）