

ふりがな 氏名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)	男・女
住所 〒 ()	電話番号 () - 携帯 - -	職業
同居家族 (自分を除く) ____人 (未婚・既婚・離婚・死別・再婚) 子供 (同居以外も) (無・有 {男____人____歳・女____人____歳})	身長 cm 体重 kg	鍼灸の経験 有 (鍼・灸) ・ 無
どちらで当院をお知りになりましたか? 紹介者 () 様 ホームページ・エキテン・グーグル・その他 () 郵便物の送付 (可・不可)	趣味・運動	※

症状についてできるだけ詳しくお書き下さい。 ※は記入しないで下さい

一番つらい、治したい症状はなんですか?
いつからですか?
他に治したい症状はありますか?
これまでにかかった事がある病気、症状、事故、または現在罹患中の病気はありますか?

該当するものに○をつけ、空欄にご記入下さい。

睡眠 (: ~ :) / 寝つき (良い・普通・悪い) / 寝起き (良い・普通・悪い)
眠りは (浅い・深い・よく目覚める・早朝覚醒) 夢を (よく見る・時々・見ない・怖い夢を見る) 眠剤 (有・無)
食欲 (1日__食)・(旺盛・普通・不振・食事制限) / 喫煙 (1日__本)
一日の水分の種類と量 (何を { } ・どのくらい { })
間食、デザート (毎日・週__回・たまに) 何を { } ・どのくらい { })
飲酒 (飲む {週__回} ・飲まない) ・酒の種類 { } ・量 { }
大便 (__日に__回) ・(軟便・下痢・普通・便秘・コロコロ・すっきり出ない・血便) 下剤 (有・無) 色 (黄土色・茶・こげ茶) ・臭い (無・少し有・有) ・便器に (付く・付かない)
小便 (1日__回) ・色 (透明・薄黄・黄) ・臭い (無・少し有・有) ・(残尿感・排尿痛・血尿・タンパク尿) 泡 (有・無)
冷え (手・足・腰・腹・背・臀部・大腿・その他 { }) / こり (首・肩・背・腰・その他 { })
痛み (頭・首・肩・背・腰・胸・腹・腕・肘・手・大腿・膝・下腿・足・その他 { })
服用中の薬・サプリメント ()

該当する症状があれば○をつけてください。

視力低下・色盲・乱視・涙・めまい・ふらつき・耳鳴り・難聴・鼻水・鼻づまり・無臭・咳・痰・血痰・のどの痛み・喘息・口が渇く・動悸・息切れ・高血圧・低血圧・貧血・糖尿病・高脂血症・心臓病・腹が張る・胃痛・ゲップ・嘔吐・吐き気・痔・リウマチ・夜尿・肝炎・五十肩・神経痛・皮膚病・アトピー・精力減退・疲れやすい・神経質・花粉症 () ・アレルギー () ・その他 ()

生理について、女性の方のみお答え下さい。

初潮 (__歳) / 閉経 (__歳) / 出産経験 (__人) / 直近の生理日 __月 __日 / 周期 (__日～__日)
生理痛 (無・弱・中・強) 服用 (有・無) / 出血期間 (__日) / 色 (濃い・普通・薄い) 経血量 (多・普通・少)
性状 (塊・粘り・普通・サラサラ) その他気になることはありますか ()
生理前後で体調や精神的な変化があればお書き下さい ()
出産前後で体調や精神的な変化があればお書き下さい ()