

# 問 診 票

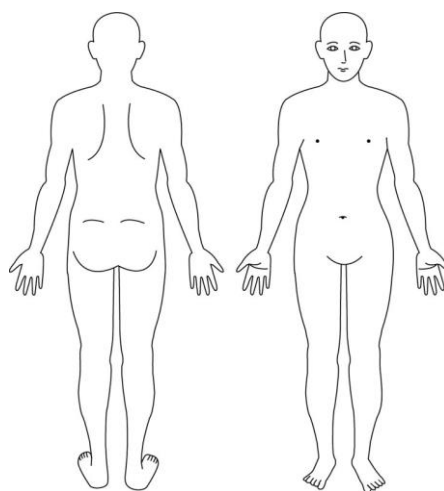
	ふりがな	初診日	
お名前		R3年 月 日	
	ふりがな		
ご住所	〒		
電話番号	— —	生年月日	
当院を知った きっかけ	HP・SNS・情報誌・ご紹介( )様・看板・その他( )		

①具合の悪い場所や気になる症状はどこですか？  
右図に○をつけてください

②症状はいつからですか？

③思い当たる原因はありますか？… ある ・ ない

「ある」と答えた方は下記にご記入下さい。



④この症状で医療機関にて治療、検査等は受けたことがありますか？…ある ・ ない

⑤現在、何か治療中のものがある場合は○をしてください

・糖尿病 ・高血圧 ・肝炎 ・心臓疾患 ・高脂血症 ・その他( ) ・なし

⑥服用中のお薬があれば、ご記入ください

⑦手術・怪我・事故歴がありましたらご記入ください(例:打撲、骨折、帝王切開、いぼ切除など細かい物も含む)

⑧過去にした事がある病気があればご記入ください(例:胃腸炎、扁桃炎など細かい物も含む)

裏に続く➡

⑧体質について当てはまるものに○をしてください

風邪をひきやすい 頭痛もち アレルギー 花粉症 アトピー 冷え ほてり  
内科系疾患(内臓の異常や疾患) 呼吸器系疾患 疲れやすい 貧血  
目が疲れやすい 顎関節症 噛み合わせが悪い 胃腸が弱い  
血圧が高い/低い 血糖値が高い/低い 脂質代謝異常

⑨睡眠はとれていますか？当てはまる所に○をしてください

よく眠れる ・ 眠れる ・ 入眠困難 ・ 途中で目が覚める ・ 眠れない

⑩便秘について当てはまるものに○をしてください(※漢方や薬を服用されている方はお知らせください)

回数: 毎日出る ・ 2~3日おき ・ 週に1回以下  
形: バナナ状 ・ ウサギの糞状態 ・ 下痢  
臭い: 強い ・ あまり感じない

⑪生理周期について (※女性の方のみ)

周期: 安定 ・ 不定期  
PMS: 強い ・ たまにある ・ 無い  
妊娠: してる( カ月目) ・ してない

※PMS=月経前症候群  
イライラ、情緒不安定、胸のはり、むくみ  
体重増加など

⑫喫煙について … 吸う ・ 吸わない

現在吸っている方…一日 本程度  
過去に吸っていた方… 歳まで  
家族(身近で)喫煙者がいる方

⑬飲酒されますか … はい ・ いいえ

一日に飲む量や種類

⑭ジュース、お菓子、コンビニ弁当などは頻繁に摂られますか？…はい ・ いいえ

頻度が高いものはどれですか？

⑮過去に何かダイエットを試したことがありますか？… はい ・ いいえ

それはどんな内容でしたか？