

問 診 票

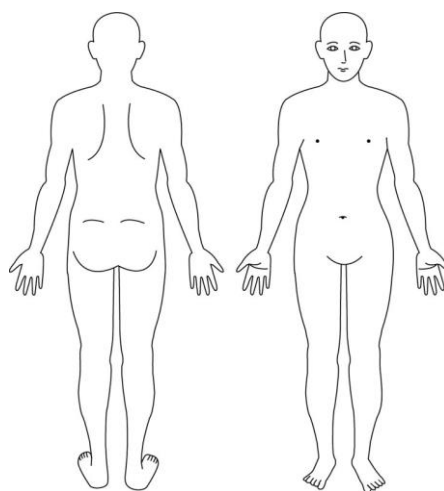
	ふりがな	初診日	
お名前		R 年 月 日	
	ふりがな		
ご住所	〒		
電話番号	— —	生年月日	西暦
当院を知った きっかけ	HP ・ SNS ・ ご 紹 介 () 様 ・ 看 板 ・ そ の 他 ()		

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診察、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 ・脂質代謝異常 ・その他()

⑥服用中のお薬があれば、ご記入ください(主訴以外でも)

⑦手術・怪我・事故歴がありましたらご記入ください(例:ムチウチ、打撲、骨折、帝王切開、いぼ切除、盲腸など)

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 / めまい
目が疲れやすい / 顎関節症 / 噛み合わせが悪い / 胃腸が弱い / 耳鳴り
血圧が高い/低い 血糖値が高い/低い 脂質代謝異常 不安感が強い

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

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

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、腹痛、頭痛など

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摂取頻度が高い物に○をつけてください。

揚げ物 / 炒め物 / スナック菓子 / 洋菓子 / 和菓子 / インスタント食品 / チョコ
炭酸飲料 / エナジードリンク / 豆乳 / 大豆製品 / ナッツ / 珈琲 / 緑茶 / ジュース
オリーブオイル / ごま油 / その他植物油脂 / レトルト食品 / 冷凍食品 / 青魚・大型魚
パン類 / パスタ / ラーメン / うどん / チーズ / 牛乳 / その他乳製品

⑮過去に過激なダイエット経験はありますか？…断食 / 単品食べ / 糖質制限 / 過剰な運動