

お名前 _____ (男・女) 生年月日 大・昭・平・西暦 _____ 年 月 日

ご住所 _____

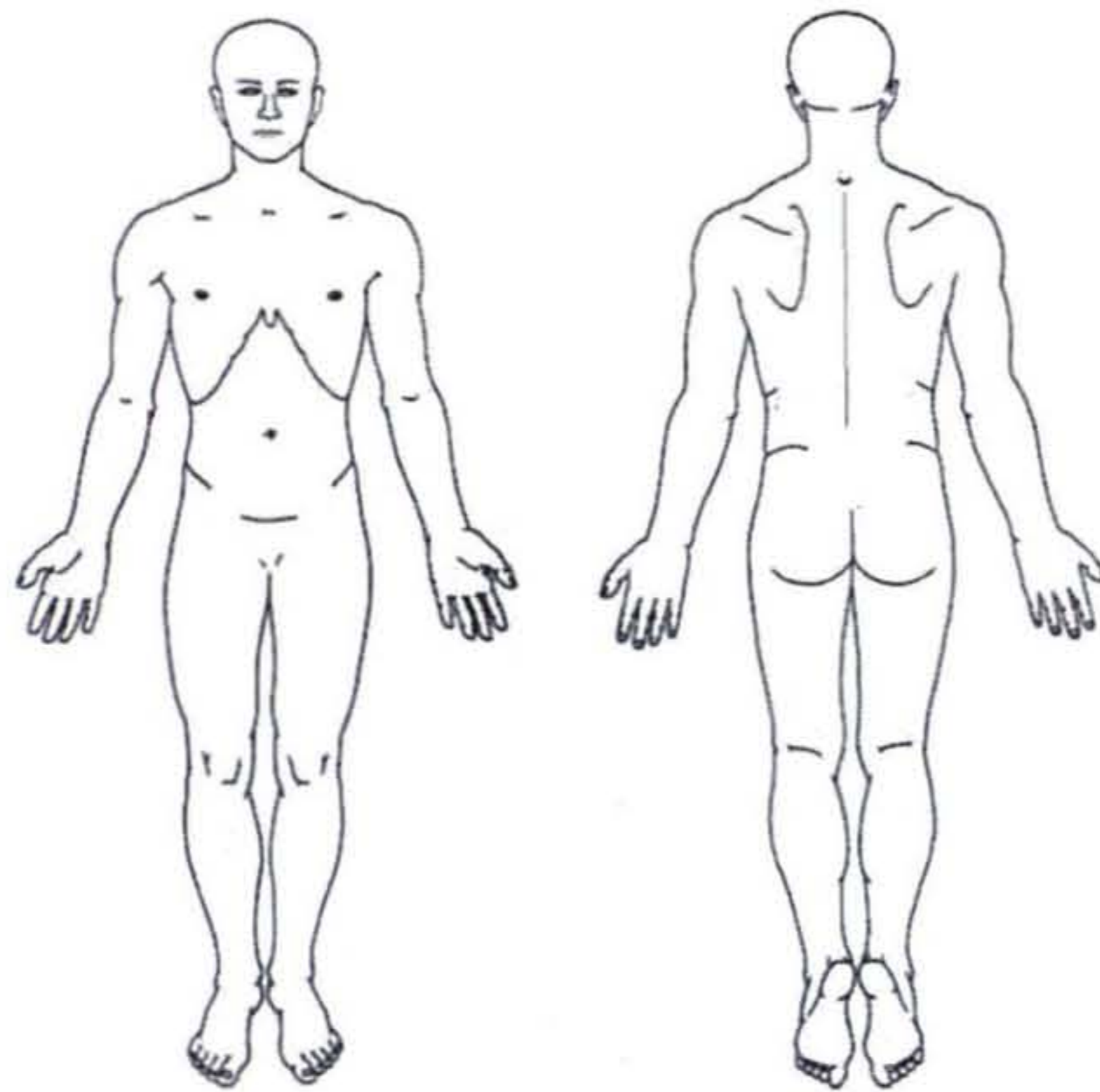
連絡先TEL (自宅) _____ (携帯) _____

同居の方はいらっしゃいますか? はい ・ いいえ _____ ご職業 _____

現在、困っている症状 (痛みや不安など) は何ですか? 困っている順番にご記入ください。

- ① _____ ② _____ ③ _____
 ④ _____ ⑤ _____

(※その部位を下図に○で示してください)



その症状 (=一番つらい症状) はいつから、何をきっかけ (原因) に始まりましたか?

その症状はどのような時に起きたり、悪くなったりしますか? (季節、天候、時間帯、ストレス、生理、疲れなど)

それに伴う症状はありますか? (足が冷える、便秘、パニックになる など)

それはどうすると楽になりますか? (お風呂に入る、横になる、睡眠をとる など)

それはどのような経過をたどっていますか? (徐々に回復、徐々に悪化、波がある など)

いまの状態はどうですか? (一番つらいときを「10」、全くないときを「0」とすると)

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

それに対して治療は受けましたか？（日時、診断名および医師の説明、治療方法、治療の効果 など）

過去に経験した病気やケガ（交通事故や骨折も含む）はありますか？古い順にお答えください。

(いつごろ) _____ (傷病名) _____

(いつごろ) _____ (傷病名) _____

(いつごろ) _____ (傷病名) _____

(いつごろ) _____ (傷病名) _____

(いつごろ) _____ (傷病名) _____

現在、治療・通院している病気、服用しているお薬はありますか？

(病名) _____ (病院名) _____ (薬品名) _____

(病名) _____ (病院名) _____ (薬品名) _____

(病名) _____ (病院名) _____ (薬品名) _____

祖父母・両親・兄弟姉妹・子供・配偶者の健康状態（既往歴）についてお聞かせください。 例：糖尿病（祖父、父）

糖尿病（ ）、がん（ ）、高血圧（ ）、脳卒中（ ）、心疾患（ ）

高脂血症（ ）、腎疾患（ ）、アレルギー（ ）、肝臓疾患（ ）

アルコール依存（ ）、精神疾患(うつ、統合失調など)（ ）、甲状腺疾患（ ）

あなたと同じような症状（ ）、その他（ ）

鍼灸治療の経験についてお聞かせください。

① これまでに鍼灸治療を受けたことがありますか？（ はい・いいえ ）

② 鍼灸治療を受けたあとに、何か反応はありましたか？（ ない・ある ）

③ それはどのようなものでしたか？（ 疲れる、眠くなる、だるくなる、気分が高揚する、症状の悪化、
症状が楽になる、安心する、その他：_____ ）

④ 今回の症状に対して、鍼灸治療を受けましたか？（ はい・いいえ ）

⑤ 鍼灸治療に不安はありますか？（ はい・いいえ ）

お身体のことや嗜好についてお聞かせください。

身長 _____ cm、 体重 _____ kg、 体温（平熱） _____ °C

たばこ（吸わない・吸う、 _____ 本/日 × _____ 年間）

お酒（飲まない・飲む、 _____ 本/ビール・ワイン、 _____ 合/日本酒・焼酎、 _____ 杯/洋酒、
頻度 _____ 回/週・月、お酒を減らそうと思ったことがありますか？ ある・ない）

困ったときに助けてくれたり、面倒をみてくれる方がいらっしゃいますか？（ はい・いいえ ）

その他、気になる症状や心配事の有無、ご要望などがございましたらご記入ください。

※ 当鍼灸院を何で知りましたか？ → ・HP ・検索サイト ・口コミ ・テレビ、雑誌 ・通りすがりに見かけた

・紹介（ 医師 家族 知人 その他 _____ ） ・その他（ _____ ）

体質や全身の状態についてお聞かせください。 (○ あてはまる、× あてはまらない、? わからない)

- () 風邪をひきやすい () 太りやすい () 太れない () 食が細い () 胃腸が弱い
 () 便秘しやすい () 下痢をしやすい () 下痢と便秘を繰り返す () 寒がり
 () 暑がり () 冷え性 () 疲れやすい () 汗をかきやすい () 汗をかきにくい
 () 寝汗をかく () 顔や頭に汗をかく () 手足に汗をかく () 手足がほてる
 () 顔がほてる () 水分をよく取る () むくみやすい () 食後に眠気やだるさを感じる
 () 気を使うことが多い () 気を使うと体調が悪化 () 冷えると体調が悪化
 () 雨が降ると体調が悪化 () 雨の前後は体調が悪い () 季節の変わり目に体調を崩す
 () ストレスが多い () 調子が悪くなる時間帯がある (朝・日中・夕方・夜)
 () イライラすることが多い () 怒りっぽい () 落ち込むことが多い () 外交的である
 () 内向的である () 皮膚が弱い () 休日はぐったりしてしまう () 睡眠不足
 () 不安が多い () 空気を飲んでしまう () 歯軋りや食いしばりがある () 楽しみがない

最近のからだの具合についてお聞かせください。 (◎ 強い、○ ある、△ 時々、× ない、? わからない)

- () 頭痛 (ズキズキ・しめつけ・その他) () 頭重 () 顔の痛み () 顔ののぼせ、ほてり
 () 顔のむくみ () 目の痛み () 視力が弱い (遠・近・老・乱) () 目のかすみ
 () 目の疲れ () 鼻づまり () 鼻汁がよく出る () 鼻血 () 耳鳴り (右・左)
 () 難聴 (右・左) () 歯茎の腫れ、出血 () のどの痛み () のどの詰まり感
 () 口が乾く () のどが渇く () せき () たん () 声がかすれる
 () 息がくさい () 首すじの痛み、こり () 肩の痛み () 肩こり
 () 肩が動きにくい () 胸や脇の痛み、しめつけ感 () 胸やけ、ゲップ () 動悸・息切れ
 () 腹痛 (上・下・右・左・中央) () 腹が張る () 腕の痛み () 肘の痛み
 () 手のしびれ () 手の痛み () 手のこわばり () 背中での痛み、こり () 腰痛
 () 腰がだるい () 腰の冷え () お尻が痛い () 太もも (大腿)、すね (下腿) の痛み
 () 脚 (下肢) のひきつれ () 脚 (下肢) のだるさ () 膝の痛み () 膝の腫れ
 () 足の痛み () 足のしびれ () 足の冷え () 足のほてり () 足のむくみ
 () 身体がだるい () 疲れやすい () 寝汗をかく () 微熱がよく出る
 () よく眠れない () めまい (回転性・非回転性) () 立ちくらみがする
 () 下痢をする (1日___回) () 便秘をする (___回/日、不快あり) () 便意を頻繁に催す
 () 食欲異常 (不振・亢進) () 痔がある (痛み・出血・腫れ) () 尿が出にくい
 () 頻尿 (1日___回、夜間尿___回)

※ 以下、女性のみお聞かせください

- () 生理不順 (遅・早・不規則・その他) () 生理痛 (腹・腰・頭・その他)
 () 生理前の不調 (イライラ・むくみ・痛み・その他) () おりもの・帯下 (こしけ) (___色)
 () 不正 (性器) 出血 () 出産 (___回) () 自然流産 (___回)
 () 人工流産 (___回) () 初潮 (___歳) () 閉経 (___歳)