

さとう鍼灸院 総合問診票

初診 年 月 日

フリガナ	性 別			男 ・ 女	
お 名 前	生年月日	年	月	日	(満 歳)
〒 住 所					
電話番号			緊急連絡先		
ご 職 業					
身 長	cm	体 重	kg	血 液 型	型 体 温 °C

① 本日、お困りのことはどのようなことですか

()

② その病気や症状はいつから起こり、現在までどのような経過ですか

()

その症状はどのような時に悪くなりますか または、楽になりますか

()

③ 現在、医療機関・当院以外の治療院を受診していますか (はい / いいえ)

施設名 ()
薬品名

④ これまでにかかった病気、怪我についておたずねします

入院歴 あり・なし 病名_____

通院歴 あり・なし 病名_____

輸血歴 あり・なし

アレルギー あり・なし アレルゲン_____

⑤ ご家族、血縁についておたずねします ※ 同居の方には○をつけてください

父方祖父	(健康・病気・死亡) 病名()	母方祖父	(健康・病気・死亡) 病名()
父方祖母	(健康・病気・死亡) 病名()	母方祖母	(健康・病気・死亡) 病名()
父	(健康・病気・死亡) 病名()	母	(健康・病気・死亡) 病名()
兄弟姉妹	(健康・病気・死亡) 病名()	兄弟姉妹	(健康・病気・死亡) 病名()
兄弟姉妹	(健康・病気・死亡) 病名()	兄弟姉妹	(健康・病気・死亡) 病名()
配偶者	(健康・病気・死亡) 病名()		
子供	(健康・病気・死亡) 病名()	子供	(健康・病気・死亡) 病名()
子供	(健康・病気・死亡) 病名()	子供	(健康・病気・死亡) 病名()

⑥ 普段の生活についておたずねします

食事 食欲(あり・食べ過ぎる・あまりない・食べれば食べられる・なし・自分で制限している)
回数(1食・2食・3食) / 間食(あり・なし)

睡眠 就寝時間____時頃 ~ 起床時間____時頃
(ぐっすり眠れる・眠りが浅い・寝つきが悪い・途中目が覚める・よく夢をみる・足をつる)

排便 便通____日____回
便の性状(普通・軟便・泥状・水様・硬い・黒色・コロコロ・すっきりしない)
お腹の痛み(あり・なし) / お腹の張り(あり・なし) / ガス(なし・たまに・頻回)

排尿 回数____回/日 夜寝ていてトイレに起きる(あり____回・なし)
尿の色(普通・薄い・濃い) / 残尿感(あり・なし) / 排尿時痛(あり・なし)

飲酒(あり・なし) / 喫煙 現在(あり・なし)____本/日, 過去(あり・なし)____本/日

⑦ 女性の方におたずねします

月経(あり・なし) 初潮____歳 閉経____歳
最終月経____月____日より____日間
月経周期____日間(遅れる・早まる・一定しない)
月経痛(なし・月経開始前・前半・後半) 鎮痛薬(あり・なし)
月経量(普通・少ない・多い) 不正出血(あり・なし) おりもの(普通・少ない・多い)
月経に関連した不調(あり・なし)
→ありの方 症状:_____ (月経開始前・月経中・その他の時期)

妊娠歴(あり・なし) 正常____回 流産____回 中絶____回 子宮外妊娠____回 出産歴____回

⑧ その他、気になる症状やご質問などがございましたらご記入ください

()

ご協力ありがとうございました