

# 問診票

## 施術前

ふりがな

性別

男性 女性

お名前

生年月日

西暦 年 月 日 ( 歳)

電話番号

お仕事

携帯電話

PCメールアドレス

携帯メールアドレス

〒

## ご住所

当院をどのように知りましたか

- 通りがかり 紹介(ご紹介者 ) メルマガ  
インターネット:(ホームページ( ) 検索(キーワード: )  
チラシ その他( )

今までに大きな病気や  
怪我があったらお書きください。

肉親に大きな病気や  
気になることがあったらお書きください。

治療歴をお書き下さい(今までの治療法の経過をわかる範囲で結構です)  
いつ頃から、どのような症状が起きましたか?  
何病院で何病と言われましたか?

どのような症状がありますか?

- 睡眠 : 眠れない 眠りすぎる 夢をよく見る めざめやすい 寝た気がしない  
頭痛 : 頭が重い 何かかぶった感じ めまい 立ちくらみ  
食欲 : 旺盛 普通 ない 間食(する しない) 便通 : 一日に 回(硬 軟 下痢)  
胃 : 胃がつかえる 胸やけ げっぷ 吐き気 嘔吐 腹痛(上腹 わき 下腹)  
せき : 多い 少ない ゼイゼイいう せきこむ 鼻 : 鼻がつまる 鼻水が出る 鼻出血  
たん : 多い 少ない 切れにくい 水のようにアワがある ほとんど出ない  
のど : のどが乾く 口が渇く 口が粘る 薄い唾液が多い 口がにがしい  
胸 : 心臓や胸が重苦しい 動悸 息切れ 冷え : 手足 腰 背 腹  
尿 : 多い 少ない 近い 夜間 回  
月経 : 順調 不順 無い( 月前から)  
こり : くび 肩 背 腰痛 背痛  
しびれ : 右腕 左腕 右脚 左脚 の前 外 内  
その他 : 疲れやすい 運動障害( ) 耳鳴り 難聴 手足がむくむ( )

一番つらい症状はなんですか

体質 : 寒がり 暑がり 冷え性 のぼせ症 かぜを引きやすい 下痢しやすい 便秘しやすい  
嗜好 : 酒(ビール1日 本、酒 本) 煙草(1日 本) 甘味 塩け 油物 肉 魚 野菜 果!

この問診票はカルテの元になり、みなさまを施術する際の参考にさせていただき、お知らせを電子メールや郵便で送付する際に使用させていただきます。また、特にご本人様からの許可がない限り、第三者への情報開示は致しません。