

この問診票は、あなたの健康状態を把握し、適切なケアを行うために必要な情報になります。

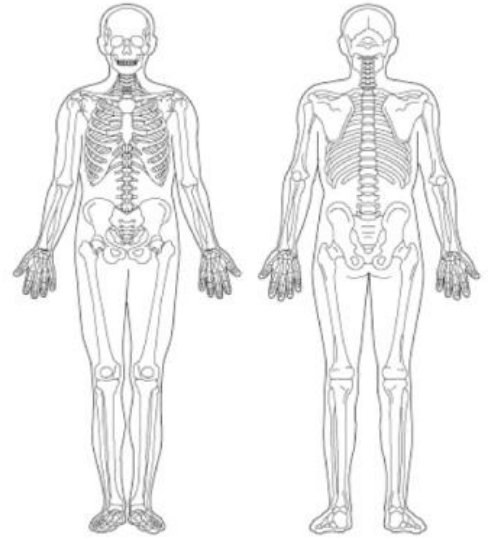
本日のご希望について簡単なアンケートにお答えください。

ふりがな

お名前 _____

①どうなさいましたか？

右図で症状がある部位に○を囲んでください。
またわかる範囲で構いませんので、下の枠内に
症状をお書きください。



②症状はいつからですか？(_____)

いつが一番辛いですか？(朝 昼 夕 夜)

③現在他の医療機関にかかっていますか？

はい どちらですか？ _____

何科ですか？ _____

いいえ

④過去の病歴や手術歴、外傷歴(ケガや事故)はありますか？

ない・ある(病歴: _____)

(手術部位: _____)

(外傷部位: _____)

⑤ご家族で下記の病気に罹っている、または現在治療中の病気はありますか？

ない・ある(脳疾患・遺伝性疾患・血液疾患・糖尿病・自己免疫性疾患・膠原病)

(その他: _____)

⑥スタッフ教育のため治療見学をさせてもらってよろしいですか？ はい・いいえ

⑦当院からお知らせはがきをお送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ

⑧もりかわ鍼灸治療院をお選びいただいた理由(✓を□に入れてください)

ホームページ エキテン EPARK ご紹介(_____ 様) その他

⑨治療についてご希望を聞かせてください。当てはまる内容に○をつけてください。(複数選択可)

お試しでうけにきた・早く改善したい・じっくり改善したい

治療費は安いほうが良い・治療費のことは気にしていない・最善策の治療費ならいい

1番つらい症状だけ改善したい・すべての症状を改善したい

効果があれば通院したい・改善するまで通院したい・治療計画に沿って通院したい

自分のペースで通院したい・改善後も定期的に通院したい・わからないので相談したい

※上記で知り得た個人情報、治療目的以外には使用いたしません。

ご協力ありがとうございました。

問診票

もりかわ鍼灸治療院

初回 年 月 日

※太枠内をご記入ください。

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 歳
ご住所	〒		
電話番号		ご職業	勤務先
携帯電話			
E-mail			

身長:	cm	体重:	kg (- ± +)	血液型:	A・B・O・AB 型	血圧:	/	(HT LT 処方)
喫煙	有/無	禁煙歴:	年	喫煙歴:	年	本数	本/day	
利き手	右 ・ 左	視力	良い 普通 悪い	<input type="checkbox"/> コンタクト (HC SC)	<input type="checkbox"/> 眼鏡	使用歴	年	
家族構成	一人暮らし/親(父・母) 兄弟と同居/配偶者と同居/子供 人 ペット:							
既往歴								
家族歴								
睡眠時間	起床	時頃	~	就寝	時頃	状態(良好 問題)	夜間覚醒: 有/無	回
食習慣	朝 昼 夜	間食: 有/時々/無 飲酒: 有/時々/無 飲酒量:						
使用中の薬	処方薬:							
	市販薬:							
	健康食品:							
本日の愁訴	身体面:							
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> 血栓症 <input type="checkbox"/> 外傷/骨折 <input type="checkbox"/> 関節炎 <input type="checkbox"/> 神経痛 運動: 定期的/時々/無 (スポーツの種類:) 消化器系の状態: 便秘(日に1回) 1日の尿の回数(回) 皮膚の状態: アトピー: 有/無 乾燥/普通/脂性/敏感 アレルギー: 有/無 アレルギー歴 年 (アレルギー:)								
心理面:								
ストレスレベル: 高/中/低 主な原因:								
その他の治療歴	<input type="checkbox"/> 鍼灸	<input type="checkbox"/> 整体	<input type="checkbox"/> カイロプラクティック	<input type="checkbox"/> マッサージ	<input type="checkbox"/> エステ	<input type="checkbox"/> その他		