

# 予 診 表

年 月 日

No

|     |      |                   |               |
|-----|------|-------------------|---------------|
| お名前 | フリガナ | 生年月日 大・昭・平 年 月 日生 |               |
|     | 男・女  |                   |               |
| ご住所 | 〒    | 職業                | 会社員・自営業・学生・主婦 |
|     |      | 仕事内容他( )          |               |
|     |      | 電 話               |               |
|     |      | 携帯など              |               |

ご紹介者 様。または？ホームページ・その他( )

どんな言葉でホームページを検索しましたか？例：鍼灸 八幡西 ( )

1.今回はどのような症状で来院されましたか？(○をお付けください、また必要に応じてご記入ください)  
頭痛 肩こり 腰痛 肩の痛みなど(右・左) ヒジの痛みなど(右・左) ヒザの痛みなど(右・左)  
手のシビレ 足のシビレ その他( )

2.それはいつ頃からですか？

3.今回の症状を医師に診てもらいましたか？ はい・いいえ  
そこでの診断名( ) レントゲン検査(有・無)MRI/CT(有・無)

4.そこではどのような処置を受けていますか(治療/薬など)？( )

5.今までに手術を受けたことや大きなケガ・病気をしたことがありますか？(有・無)  
有れば病名・ケガ・事故の内容( ) それはいつ頃( )

6.肉親の方で病気をされたり入院された方はおられますか？(有・無) どなたですか？( )  
あれば病名( ) それはいつ頃( )

7.今までに受けた経験がある治療は何ですか？  
病医院・整骨・鍼灸・指圧・マッサージ・カイロプラクティック・整体・その他 ( )

8.当院での目標は？複数可(○をお付けください)  
まずは今の症状を治したい 治すだけでなくいい状態を保ちたい  
症状を治すだけでなく本当に健康な体になりたい。

9.症状が無くなったら(または健康になったら)何がしたいですか？ ( )

症状のある箇所に印をして下さい。

血圧 ~ m m/H g

常用している薬

平均睡眠時間

タバコは吸いますか？(はい・いいえ)

アルコールは飲みますか？(はい・いいえ)

運動 テニス・ゴルフ・水泳・ジョギング

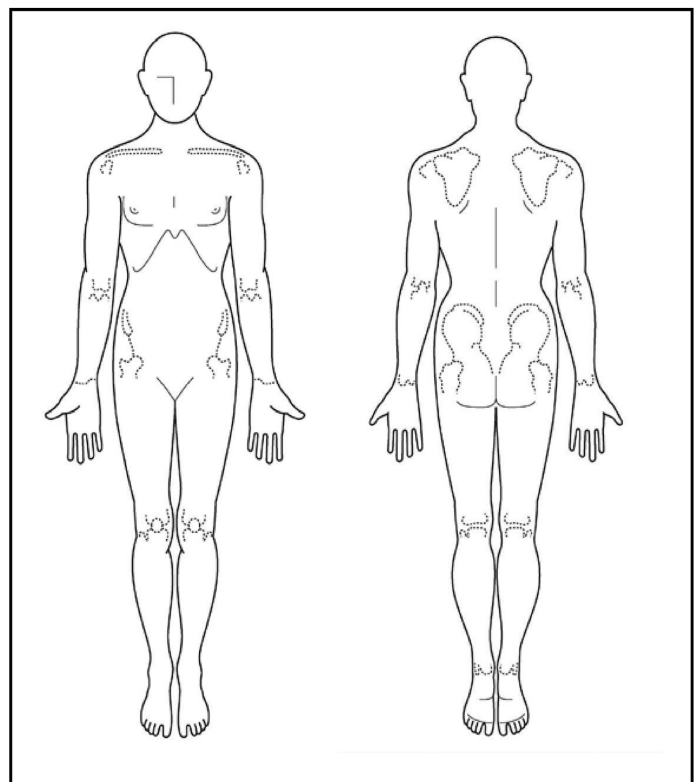
その他( )

◎ご記入頂いた住所にご案内等のおたよりをお送りしても、よろしいでしょうか？

はい・いいえ

◎携帯電話あてにメッセージ(ショートメール)をお送りしていいですか？  
(必要な場合に限りです)

はい・いいえ



◎現在及びしばしば起る症状に○をつけて下さい

1. (くび・肩・背中) が凝る
2. (くび・肩・背中・手・足・腰・膝) が痛い
3. 手・足などが (だるい・ほてる・冷える・ふるえる・シビれる・こわばる)
4. カゼをひきやすい
5. いまカゼをひいている  
(ゾクゾクする・鼻がつまる・くしゃみが出る・セキが出る・タンが出る)
6. 口が (かわく・ねばる・苦い)
7. よく (口内炎・舌炎) ができる
8. のどがつまる
9. (胸苦しき・どうき・息切れ) がする
10. つかれやすい
11. 精力が減退する
12. 体重が (減った・増えた)
13. 目が (疲れる・かすむ・乾燥する・かゆい・まぶしい)
14. めまいがする
15. よく涙が出る
16. 眠れない
17. 悩みがある
18. 不安感がある
19. 雨の日にからだ<sup>からだ</sup>が重たくなる
20. 食欲が (ある・ない)
21. 食後眠くなる
22. 便通は (よい・わるい)
23. (便秘・下痢) 気味
23. 小便は (出がわるい・近い・後の不快感がある)
24. 吐き気がする
25. 胃が (もたれる・痛い)
26. 腹が (張る・痛い)
27. アレルギーがある  
(薬物・ジンマシン・ぜんそく・その他)
28. のどが痛い
29. 扁桃<sup>へんとう</sup>の腫れがある
30. 痔<sup>じ</sup>がある

\*女性のみお答え下さい

31. 生理に異常がある
32. おりものがある
33. 性器の出血がある
34. 現在妊娠している、またはその可能性がある