

問診表

お名前:

性別: 男 ・ 女

生年月日/ご年齢: 明・大・昭・平・令 年 月 日 (満 才)

ご住所:

電話番号:

緊急連絡先: お名前:

続柄:

電話番号:

ご職業: (日常の姿勢や作業環境: デスクワーク、立ち仕事など)

安全に施術するため、該当するものに○をつけ記入してください

●妊娠中・妊娠の可能性／出血しやすい・血液を固まりにくくする薬を服用中／ペースメーカー等の医療機器を使用中／骨粗しょう症／がん治療中・治療歴あり／感染症・発熱／皮膚の炎症・傷・化膿／その他()。

●現在、次の症状はありますか？

突然の激しい頭痛・胸痛／息苦しさ／意識が遠のく／片側の手足の力が入りにくい／ろれつが回らない／急な発熱／排尿・排便の異常を伴う強い腰痛

なし ・ あり【症状】

●現在、医師・歯科医師・その他の医療機関に通院していますか？

なし ・ あり【診療科・主治医・通院目的】

●施術に関する医師からの指示はありますか？

なし ・ あり【指示内容】

●現在服用されているお薬はありますか？

なし ・ あり【薬品名】

●これまでににかかった病気や、治療中・経過観察中の病気はありますか？

なし ・ あり【病名、発症時期、現在の状態(治療中・経過観察中・治癒など)】

●これまでに手術、骨折、脱臼、交通事故、大きなけがをしたことがありますか？

なし ・ あり【時期・部位・内容】

●ご家族に、脳卒中、心臓病、高血圧、糖尿病、がんなどの病気をされた方はいらっしゃいますか？

なし ・ あり【続柄・病名】

)

●アレルギーはありますか？(金属、消毒薬、テープ、ゴム、薬、食物など)

なし ・ あり【アレルギー物質】

●普段の生活について教えてください。

睡眠時間(約 時間) / 労働時間(約 時間) / 一日の座位時間(約 時間)

運動習慣 なし ・ あり【内容と頻度】

●嗜好品はありますか？

【酒、たばこ、甘味、塩気、辛味、油もの、肉、魚、野菜、果物など】

●鍼灸治療を受けたことはありますか？

なし ・ あり【どんな時】

●本日もっともつらい症状は？【いつから、どのような時に、どんな症状が出るかなど、なるべく具体的に】

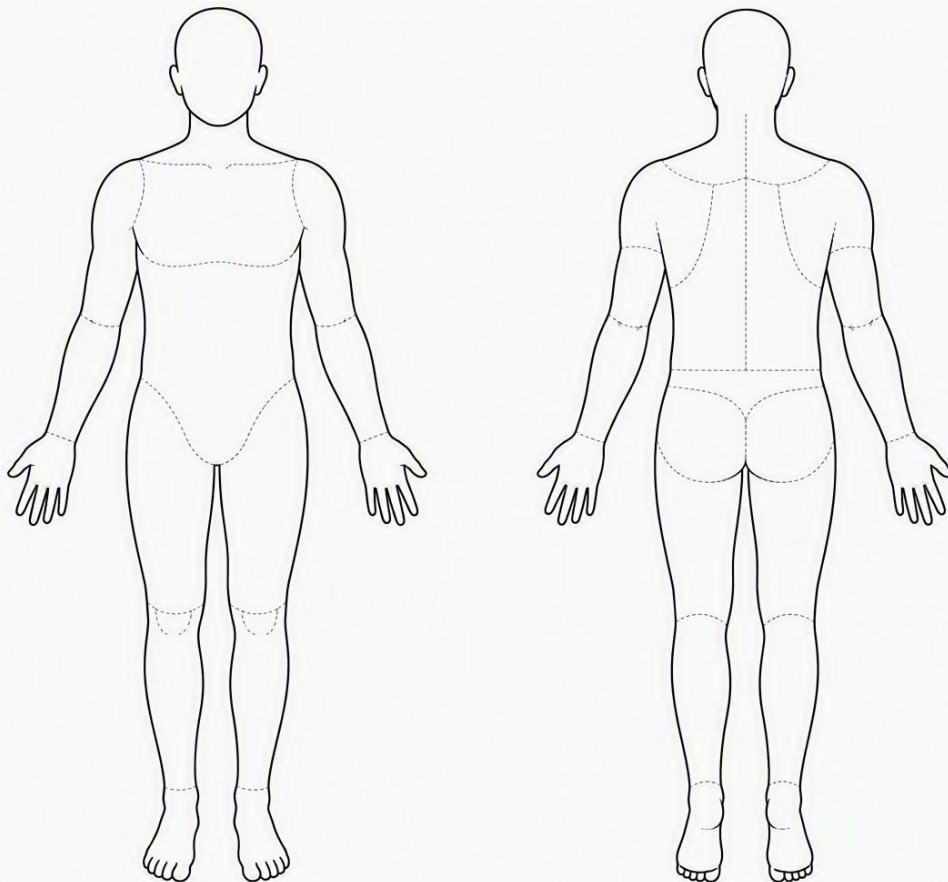
●症状のある部位に印をつけ、現在のつらさを 0～10 で記入してください。

(0＝症状なし、10＝想像できる最も強い症状)：

現在() ／ 最も強い時() ／ 最も軽い時()

下の人体図の該当する場所に印をつけてください。痛みは「○」、しびれは「△」、その他の違和感は「×」で示し、必要に応じて左右もご記入ください。

【記入例】右肩の痛む範囲を「○」で囲み、左手のしびれる範囲に「△」、腰の違和感がある場所に「×」をつけます。



●症状が強くなる動作・姿勢・時間帯と、楽になる方法を教えてください。

強くなる時：【動作・姿勢・時間帯】

楽になる時：【動作・姿勢・時間帯】

●症状によって困っていることはありますか？

睡眠 / 仕事・家事 / 歩行 / 運動 / 着替え / 入浴 /
その他（ ）

●今までどんな治療をおこなってきましたか？：

おこなってない ・ おこなった【治療法】

●病院で診断は受けましたか？：

いいえ ・ はい【病院名、診断名】

●普段、その他にどんな症状がありますか？

ない ・ ある

不眠、頭痛、めまい、食欲不振、便秘、胃のつかえ、吐き気、息苦しい、鼻みず、せき、たん、喉、冷え、のぼせ、頻尿、月経不順、妊娠異常、こり、しびれ、疲労、運動障害、耳なり、むくみ、出血、腹痛、
その他：（ ）

●施術によって、どのような状態になることを希望しますか？（例：眠れるようになりたい、仕事を続けたい、歩行や運動を再開したい）：

●鍼・灸・マッサージについて苦手なことや不安はありますか？

なし ・ あり【苦手なことや不安なことを具体的に。】

●ご希望の、または避けたい治療法はありますか？

あん摩マッサージ指圧、ストレッチ、はり、きゅう、温灸、テーピング、リハビリエクササイズ

なし ・ あり【ご希望の治療法： 避けたい治療法： 】

●施術者に聞きたいことや伝えておきたいことがございますか？：

なし ・ あり【ご自由にお記し下さい】

ご記入いただいた個人情報は、施術、連絡、記録管理の目的に限って使用します。内容を確認し、同意します。

署名：

記入日： 年 月 日