

問 診 票

年 月 日

フリガナ

氏名 _____ (_____ 歳) 男・女 _____ 生年月日 T / S / H _____ 年 月 日 _____

住所 〒 _____ 電話番号 (_____) _____

紹介者 _____ 様 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

本日の症状について (一番辛いところ)

※どのような症状ですか。 _____

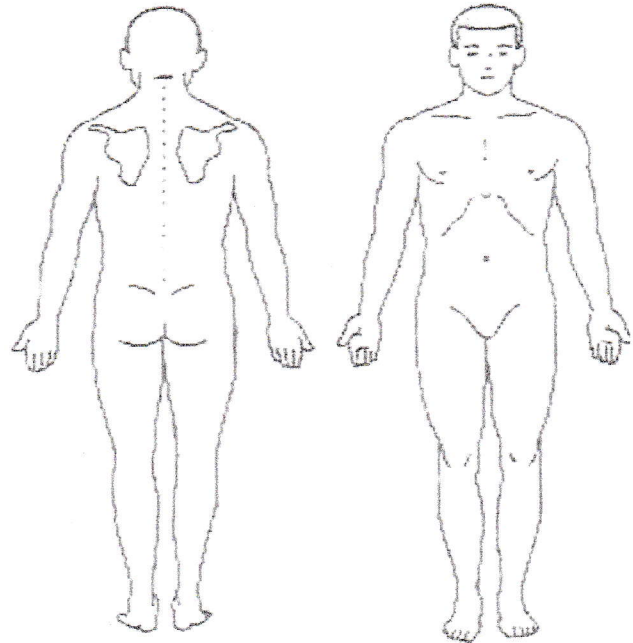
※いつ頃からですか。

※今回が初めてですか。

はい・いいえ (_____ 回目)

※思い当たる原因はありますか。

※ 他院で治療を受けられましたか。



一般症状について

※食欲 旺盛 ・ 普通 ・ 無い

※頭痛 激痛 ・ 頭重 ・ めまい ・ 立ちくらみ

※睡眠 眠れない ・ 寝付きが悪い ・ 目覚め易い ・ 寝起きが悪い ・ 眠りが浅い 睡眠時間 (_____ 時間)

※便秘 1日 _____ 回 硬い・柔らかい・下痢 ※小便 1日 _____ 回 濃い・薄い・透明

※体質 冷え性 ・ のぼせ ・ 疲れやすい ・ 風邪を引きやすい

※痰 多い ・ 少ない ・ 黄色 ・ 無色 ・ 血痰 ※嗜好品 アルコール・タバコ・コーヒー

※月経 順調 ・ 不順 ・ 閉経 ※生理痛 あり ・ なし ・ おりものが多い・不正出血あり

既往歴 (今まで罹った病気・怪我)

肝炎などの感染症を患ったことが _____ ある (A・B・C・その他) ・ _____ ない

ご協力ありがとうございます。 鍼灸・整体院 Polaris