

『はり灸サロンまごころ 問診票』

初診 年 月 日 NO.

ふりがな

氏名

明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 才) 血液型 () 型

住所 〒

(※忘れ物やご予約の件などご連絡する場合がございます)

連絡先 自宅

携帯

職業 自営・勤務・無職・学生・専業主婦

仕事内容 (事務・製造・営業・販売・飲食業・教職・医療)

よく行う仕事内容に○を付けてください。(複数選択可)

家事・パソコン作業・座り仕事・立ち仕事・重いものを持つ・よく歩く・運転が長い・激しい運動・その他 ()

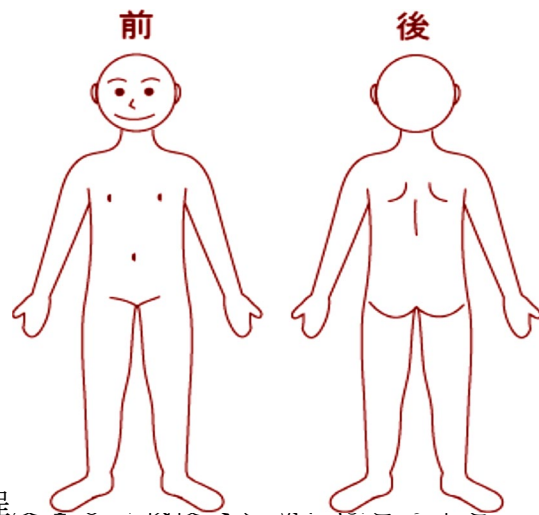
※値引きやご挨拶のハガキなどご不要の方はこちらの□にチェックしてください。□ハガキ不要 (1年以上ご来院がない場合、ご迷惑にならないようにハガキの送付を停止しております)

① いつ頃からどんな症状でお困りですか？また、思い当たる原因はありますか？

記入例：「重いものを持ったら腰が痛くなった」「肩こりでつらい肩が上がりにくい」

② 右の人体図の中に、症状を感じる部位へマークしてください

こり→○ しびれ→△ 痛み→□
上のマークに当てはまらない違和感→▲



③ 今の症状で病院に行きましたか？

行っていない

行った⇒ 診断： _____

(記入例：五十肩、腰のヘルニア、自律神経の乱れと言われた)

④ 今の症状の辛さを10段階で教えて下さい。

※右記の図に直接数字を書き込んで頂いても構いません

【1 2 3 4 5 6 7 8 9 10】 1⇒少し気になる程

- ・今回の症状は初めてですか？ はい ・ いいえ
- ・いいえの方 前はいつですか？ (_____)
- ・発症は徐々にきましたか？急にきましたか？ 徐々 ・ 急
- ・どちらかで治療を受けましたか？ はい ・ いいえ
- ・はいの方 どんな治療で、経過はどうでしたか？ _____

・過去に、鍼灸を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

⑤ 現在の症状があるせいで支障が出ている、もしくはできなくなって困っている
ことに○をつけてください。

・仕事 ・家事 ・育児 ・日常生活 ・趣味 ・スポーツ ・旅行 ・睡眠
・食事・おだやかな気持ち その他 ()

⑥ この症状はどんな時にひどくなりますか？ (例・雨の日に痛みが強くなる)
_____)

⑦ この症状はどんな時に軽くなりますか？ (例・お風呂に入ると軽くなる)
_____)

⑧ アレルギーはありますか？

はい・(金属・花粉症・ぜんそく・食べ物のアレルギー等) いいえ

⑨ 現在以下の病気にかかっていますか？

心臓疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 低血圧 ・ 肝炎

⑩ 現在治療中の病気や飲んでいる薬、過去の大きな病気やケガをご記入ください。

「記入例：糖尿病の治療中、高血圧の薬を飲んでいる、交通事故でむち打ち」

⑪ 飲食について

食事量； 普通・大食・小食 食事回数； 一日____回
間食； よくする・たまにする・殆どしない
外食； よくする・たまにする・殆どしない
特別な食事療法やダイエット； 現在している・前にしていた (内容_____)
味の好み； 薄味・濃味・酸味・甘味・辛味・塩味
好きな食べ物； 肉・魚(焼き魚・煮魚・刺身)・玉子・乳製品・野菜・果物・菓子
アルコール； 飲まない・ビール____本 日本酒____合 タバコ； 吸わない・一日____本
水分量； 一日約____リットル よく飲むもの_____ 温・冷

⑫ 二便について

大便； 一日____回 形状； バナナ状・硬い・軟らかい・泥状・コロコロ
便秘； しない・する(____日に一回) 便秘薬； 使用している・していない
下痢； しない・する(_____を食べると下痢・冷えると下痢)
排便時； 残便感がある・異臭がする・便に血が混ざる
小便； 一日____回 尿色； 濃い・薄い 夜間尿； ____回
排尿時； 残尿感がある・勢いがいい・切れが悪い・尿漏れがする
排尿痛がある・異臭がする・尿に血が混ざる

⑬ 睡眠について

就寝_____時頃～起床_____時頃 昼寝をしない・する（_____時間）
寝付きが悪い・途中で目覚める・寝ても疲れが取れない・よく夢を見る
忙しくて睡眠時間が取れない・睡眠薬を服用している・よく眠れる

⑭ 生活状況について

不規則な生活をおくっている（食事・就寝時間・起床時間・仕事）
普段運動不足だと思う・仕事が忙しい・疲労感がある・ストレスが溜まっている
心配事がある・イライラすることが多い・落ち込むことが多い

⑮ 今後のお体へのお考えで、一番近いものにチェックをしてください。

- 今の症状が楽になればいい 症状の軽減だけでなく、原因を根本から治したい
 根本から改善した後も、再発予防のために積極的にメンテナンスしていきたい。

※ 症状によって最適な通院ペースのご提案もさせていただきます。

⑯ 当院では、患者様のご希望で保険治療も導入しております。

※ 保険適用疾患（医師の同意が必要）のみ保険適用できます。

- 保険治療を希望する 価格的に許せば、保険治療と自費治療を一緒に治療したい
 自費治療を希望する よくわからないので相談したい

⑰ 当院での治療費、領収書の発行について下記にチェックしてください

- 不要 ・ 1ヵ月に1回まとめて欲しい ・ 毎回欲しい

⑱ どちらで当院をお知りになりましたか？○をつけてください。

- ①看板 ②チラシ・ホームページ ③紹介（ _____ 様）④その他（ _____ ）

⑲ 以下の内容にご理解、ご同意頂けましたら、ご署名をお願い致します。

ごくまれに、はり治療の後、毛細血管の内出血で青あざが出来る場合がございます。

（出来てしまっても健康上の問題はなく、1～2週間程度で自然に消えます。）

治療に必要な場合、はりきゅうをするために患者着を少しまくったり、お尻や太ももの筋肉に施術する場合がございます。

暴力団、並びにその関係者とみなされる方、刺青の入っている方はわかり次第施術をご遠慮いただく場合がございます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名（フルネーム） _____

☆ 質問は以上です。ご記入ありがとうございました ☆

ご記入頂いた情報は、個人情報保護法に基づき厳重に取り扱い致します。
当院の業務に関する事以外には、一切使用致しません。

五行体質タイプチェックシート

1
<input type="checkbox"/> 貧血・めまいを起こす <input type="checkbox"/> イライラして怒りっぽい <input type="checkbox"/> ストレスが原因で良く体調を崩す <input type="checkbox"/> 顔に青筋が立っている <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい <input type="checkbox"/> 足がつりやすい <input type="checkbox"/> 肩・首がよく凝る <input type="checkbox"/> 酸っぱいものが好き <input type="checkbox"/> 月経前の痛みや月経痛がある

2
<input type="checkbox"/> 動悸・息切れがする <input type="checkbox"/> 興奮しやすい <input type="checkbox"/> 物忘れがひどい <input type="checkbox"/> 不安感がある <input type="checkbox"/> 寝つきが悪く眠りが浅い <input type="checkbox"/> 暑がり <input type="checkbox"/> シミ・くすみが気になる <input type="checkbox"/> 血行が悪く手足が冷える <input type="checkbox"/> 舌に黒い斑点がある

3
<input type="checkbox"/> 外食が多く、暴飲暴食になりがち <input type="checkbox"/> よく胃が痛くなる <input type="checkbox"/> よく下痢・便秘になる <input type="checkbox"/> 手足がだるい <input type="checkbox"/> 水太りしている <input type="checkbox"/> 顔のたるみが気になる <input type="checkbox"/> 皮膚の色が黄色っぽい <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 口角が荒れやすい

4
<input type="checkbox"/> アレルギーがある <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 咳・たんが出やすい <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 肌トラブルが多い <input type="checkbox"/> 色白 <input type="checkbox"/> 辛いものが好き <input type="checkbox"/> 髪の毛の艶がない <input type="checkbox"/> しわが気になる

5
<input type="checkbox"/> 足腰がだるくて冷える <input type="checkbox"/> 手足・顔がほてる <input type="checkbox"/> 手足・顔がむくむ <input type="checkbox"/> トイレが近い <input type="checkbox"/> 肌の色が黒ずんでいる <input type="checkbox"/> 病気になると治りにくい <input type="checkbox"/> 老けてみられる <input type="checkbox"/> 虫歯が多い・骨が弱い <input type="checkbox"/> 抜け毛・白髪が多い

～チェック数～		
1	個	肝タイプ
2	個	心タイプ
3	個	脾タイプ
4	個	肺タイプ
5	個	腎タイプ