

# 『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 ( )

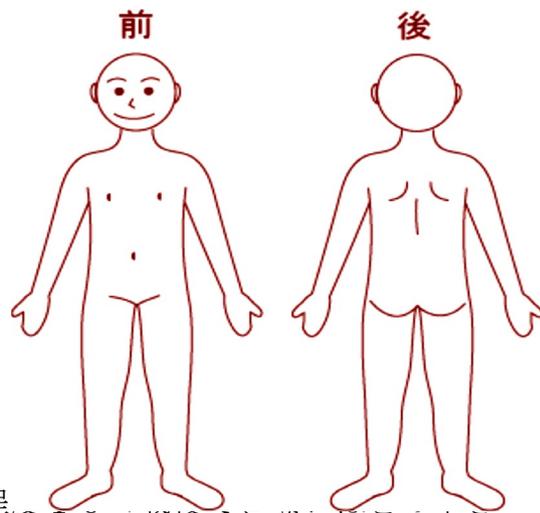
※値引きやご挨拶のハガキなどご不要の方はこちらの□にチェックしてください。□ハガキ不要 (1年以上ご来院がない場合、ご迷惑にならないようにハガキの送付を停止しております)

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・勢いが無い・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



# 五行体質タイプチェックシート

<b>1</b>
<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

<b>2</b>
<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

<b>3</b>
<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

<b>4</b>
<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

<b>5</b>
<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