

## 初診用問診・質問票 1

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成		
お名前	男 女		年 月 日生 ( 歳)		
住所	〒 -	電話番号			
		緊急連絡先			
血压	最高： 最低：	身長	cm	体重	kg
はり灸の 治療歴	<input type="checkbox"/> 今回がはじめて <input type="checkbox"/> 以前に治療歴あり		来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 紹介 (            ) <input type="checkbox"/> その他 (            )	

1. 現在の症状をお書きください。

症状	発症日時	原因 (きっかけ)

2. 過去に経験した病気やケガはありますか？該当する項目に☑チェックしてください。

- がん (部位：                                    )
- 心疾患 脳血管疾患 腎疾患
- 肝疾患 肺疾患 結核 糖尿病 高血圧 不整脈 脂質異常
- 花粉症 (鼻炎含む) 喘息 アトピー性皮膚炎 片頭痛 自家中毒 結膜炎
- 緑内障 白内障 前立腺肥大 膀胱炎 自律神経失調症 うつ病
- 腰痛症 五十肩 頸椎捻挫 (むちうち症) 骨折 神経痛
- リウマチ 肝炎 (B型・C型) エイズ 白血病
- 甲状腺疾患 その他 (                                    )

3. アレルギーはおもちですか？該当する項目に☑チェックしてください。

- アレルギー検査の実施 (血液・パッチテスト等) : 有 無
- 花粉 : スギ ヒノキ ブタクサ ヨモギ その他 (                                    )
- 金属 : ニッケル コバルト クロム 水銀 銀 その他 (                                    )
- 食物 : 卵 大豆 小麦 牛乳 チーズ 肉 魚 エビ等の甲殻類  
ソバ ピーナッツ その他 (                                    )
- 室内 : ハウスダスト ダニ イヌ ネコ その他 (                                    )
- ラテックス 真菌 (カビ類) その他 (                                    )

4. 手術の経験はありますか？

- 有 (病名・部位・時期：                                    )      無

5. 現在、他院にて治療している病気がありましたらお書きください。

6. 現在、服用している薬や点眼薬・サプリメント等ありましたらお書きください。  
お薬手帳をお持ちの方は、診察時にお見せください。

7. 上記以外に気になることや質問がありましたらお書きください。

## 初診用問診・質問票 2

現在の生活習慣について、以下の該当する項目に記入もしくは☐チェックしてください。

## 1. 一日の食事の回数について

- 1回    2回    3回    4回以上    その他 (      )  
 間食を取る     夜食を取る

## 2. 普段食べている食べもの・食品群について（複数選択可能）

- 白米   玄米   分づき米   食パン   天然酵母パン   そば   うどん  
パスタ   ラーメン   肉   魚   豆類   卵   生野菜   温野菜  
発酵食品   きのこ類   海藻類   ヨーグルト   バナナ   柑橘類の果物  
菓子パン   アイスクリーム   チョコレート菓子   スナック菓子  
冷凍食品   コンビニ弁当   その他 (      )

## 3. 好きな味付けについて（複数選択可能）

- 酸っぱいもの    苦いもの    甘いもの    辛いもの    しょっぱいもの  
その他 (      )

## 4. 食欲について

- とてもある    ある    あまりない    まったくない

## 5. 日頃飲む飲みものについて（複数選択可能）

- 水（ミネラルウォーター）    緑茶    番茶    麦茶    牛乳    豆乳  
スポーツドリンク    ジュース    炭酸飲料    コーヒー    紅茶  
ビール    日本酒    ウイスキー    ワイン    ブランデー  
焼酎    その他 (      )

## 6. 飲みものを飲むタイミングについて

- 食前   食事中   食後   喉が渴いたら飲む   何となく漠然と飲む

## 7. 睡眠について（複数選択可能）

就寝時間：                      時頃                      起床時間：                      時頃

- なかなか寝つけない    寝ている途中で起きる    早朝に起きる  
朝起きられない    日中眠くなる    寝汗をかく    夢を見る  
歯ぎしりをする    いびきをする    起床後、のどが乾いている  
その他 (      )

## 8. お通じについて

- 回数： 毎日    2日に1回    3日に1回    その他 (      )  
形状： コロコロ    太くて短い    粘土状（バナナ状）    細くて軟らかい  
形をとどめていない（水状）    その他 (      )  
色：    茶褐色    灰白色    赤色    黒色    その他 (      )

## 9. おしょう水について

- 回数： 1～5回未満/日    5～10回未満/日    10回以上/日  
色：    無色透明    濃い黄色    薄い黄色    赤色    その他 (      )

## 10. 喫煙の習慣について

- 吸わない    1箱未満/日    1～3箱未満/日    3箱以上/日

## 11. アルコール摂取について

- まったく飲まない    ビール1缶（500ml未満）程度/日  
ビール1～3缶未満程度/日    ビール3缶以上/日    その他 (      )

## 初診用問診・質問票3

現在の生活習慣について、以下の該当する項目に記入もしくは☑チェックしてください。

## 12. 一日のパソコンの使用時間について

- 使用しない  
 1時間未満     1～3時間未満     3～6時間未満     6時間以上

## 13. 一日の労働時間について

- 仕事はしていない  
 3時間未満     3～6時間未満     6時間～9時間未満     9時間以上  
 その他 ( )

## 14. 一日の運動時間について

- 運動はしていない  
 15分未満     15～30分未満     30分～1時間未満     1時間以上  
 その他 ( )

## 15. 運動内容について

- ウォーキング (散歩)     ランニング     スイミング     自転車  
 ラジオ体操     野球     テニス     その他 ( )

## 16. 入浴について

- 種類:     シャワー     全身浴     半身浴     足湯     その他 ( )  
 入浴時間:  15分未満     15分～30分未満     30分以上

## 17. 体質について (複数選択可能)

- 暑がり     寒がり (冷え性)     緊張しやすい     のぼせしやすい  
 鼻血が出やすい     のどが渇きやすい     皮膚が乾燥しやすい     頭痛が度々ある  
 目が乾きやすい     耳鳴りが度々ある     イライラしやすい     鼻水が出やすい  
 咳が出やすい     痰が出やすい     疲れやすい     風邪をひきやすい  
 息切れしやすい     下痢しやすい     便秘しやすい     筋肉が度々けいれんする  
 めまいを起こしやすい     吐き気が度々ある     不安を感じやすい  
 むくみやすい (部位: )     心配性である  
 恐怖を感じやすい     その他 ( )

## 18. 生理について (女性の方のみ)

- ・初潮 ( 歳)    ・閉経 ( 歳)  
 ・周期 ( 日)    ・日数 ( )  
 ・おりもの (有・無)    性状 ( )  
 ・生理痛 (有・無)    ・経血量 (多・少)  
 ・その他 ( )

## 19. 妊娠の経験について (女性の方のみ)

- 無  
 有    具体的に:  自然分娩     無痛分娩     帝王切開     吸引分娩  
 妊娠中 (経過日数: )

## 20. ご家族の病歴について教えてください (誰がいつ、どんな病気・ケガ・手術を受けたか等)

問診・質問票はこれで以上です。お疲れ様でした。受付までお持ちください。