

# 初診用問診・質問票 1

※診療に必要な情報ですので、すべての項目が必須です。宜しくお願い致します。

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		
血圧	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 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. ご自宅での衣類用洗剤のご使用について(複数選択可能)  
合成洗剤・柔軟剤(商品名： )    酸素系漂白剤  
石けん類(商品名： )  
特に何も使用していない(湯洗い等)    その他 ( )
18. 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 ( )
19. 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( )
20. 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： )
21. 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。