

漢方外来、鍼灸およびパワープレート治療 初診時アンケート

フリガナ		性別	
氏名		男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 歳
自宅住所	〒 -		
連絡先	自宅： ()	体温	院内KT： °C
	携帯番号： ()		

①本日も相談したい内容

②既往歴

③内服薬 有・無

具体的に

④手術歴 有・無

具体的に

⑤アレルギー：有・無

具体的に

⑥薬のアレルギー：有・無

具体的に

⑦下記に当てはまる症状がありましたら○をつけてください。

発熱：有・無、 発熱に伴う発汗：有・無、 寒気：有・無、 咳：有・無、

鼻水の色：白・黄・緑、 鼻水の性状：粘っこい、水のように流れる、

鼻づまり：有・無、 目の痒み：有・無、

息苦しさ：有・無、 めまい：有・無、 ぜんそく様症状：有・無

頭痛：前頭部、側頭部、後頭部、頭頂部、目の奥、頭全体、その他 ()

頭痛の性状：ズキズキ、張るような痛み、刺すような痛み、その他 ()

身体の痛む部位 ()

痛みの移動：有・無、 痛みの持続時間_____分、

疲れやすさ：有・無、特に疲れを感じる身体の部位（ _____ ）

イライラ：有・無、 **落ち込み**：有・無、 **不安感**：有・無

冷え： 有・無、 部位（ _____ ）

ほてり： 有・無、 部位（ _____ ）

寒がり：有・無、 **暑がり**：有・無

睡眠：入眠時間 _____ 時、 起床時間 _____ 時、

寝つき： 良・悪、寝付くまでの時間 _____ 分、

夜間覚醒： 有 回数_____回・無、 夢：多・少

大便：_____回/_____日 性状：普通・硬め・コロコロ・軟らかめ・崩れる・泥状・

未消化の食物が出てくる・その他(_____)

小水：一回量：普通・多・少、 一日の回数：普通・多・少、 色：黄・透明

食欲：有・無、 空腹感：感じる・感じない

食後すぐにお腹が張る：有・無、げっぷ：有・無、食後眠くなる：有・無

食事：冷たいものの摂取 有・無 具体的に（ _____ ）

生ものの摂取 刺身：多・少・無、生野菜：多・少・無、果物：多・少・無

甘いものの摂取：多・少 具体的に（ _____ ）

脂っこいものの摂取：多・少、 具体的に（ _____ ）

アルコール：有・無、 喫煙：有・無

発汗：多・少・無、 発汗が多い身体の部位（ _____ ）

月経：周期_____日、定期的・不定期、 月経の始まりから終わりまで_____日

血の塊：有・無、 レバー状：有・無、

下腹部痛：有・無、頭痛：有・無、胸の張り感：有・無、下痢：有・無

イライラ：有・無、 落ち込み：有・無、 不安感：有・無

その他の症状（ _____ ）

以下該当するものにをつけてください。

妊娠中（出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 授乳中 妊娠の疑いあり

患者様の個人情報につきましては、診療録と同等の取り扱いとし厳重に管理致します。TAINA渋谷クリニック