

問診表

(ふりがな)

お名前

電話番号

ご住所 〒

生年月日 (昭 平 令)

年

月

日

年齢

歳

● 今、お悩みの症状、治したいところを、お選びください(複数可です)

肩こり 四十肩 腰痛 股関節痛 膝痛 不眠 頭痛 冷え症 便秘

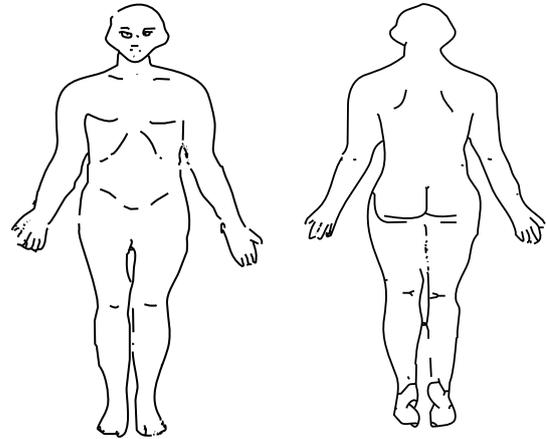
だるさ 生理痛 PMS しびれ 背部痛 パニック障害 うつ病

めまい 自律神経に関する症状 胃腸障害 シェーグレン症候群 目の痛み

その他 ()

● その症状はいつ頃からですか？ ()

● 気になるところに○印をお付けください。



● 体温は何度位ですか？ () ● 血圧はどれ位ですか？ ()

● 睡眠時間は何時間位ですか？ () ● 寝つきや目覚めは良いですか？ ()

● 喫煙はされますか？ (1日 本) ● 飲酒はされますか？ (週 回、量は？)

● 現在通院されていますか？ はい (内科 整形外科 心療内科 科) いいえ

● 現在お薬を服用されていますか？ はい いいえ

● どのようなお薬ですか？ ()

● 以前に手術を受けたり、入院されたことはありますか？ はい いいえ

● どのような手術、病気でしたか？ ()

● 現在妊娠されていますか？ はい いいえ

● 家族構成を教えてください ()

● ご家族であなたと同じような症状の方はいらっしゃいますか？ ()

● 当院を選ばれた理由をお教えてください

近いから(自宅・勤務先) ご紹介で () 様)

ホームページを見て パンフレットを見て 通りがかり その他 ()

● よろしければ、当院からのお知らせ等の郵便物を、郵送致したいと思います。

ご不要の方は、チェックを入れて下さい。