

問診票

No. _____

初診日 年 月 日

ふりがな				男・女	生年月日	大正 昭和 平成
名前						年 月 日(歳)
住所	〒				電話番号	
職業	きっかけ・紹介者				交通手段	
一番つらい症状	●どこがつらいですか？					
	●どういう時に(運動・安静時など)					
	●どんなふうに痛い・不快					
	●いつから？					
	●最初と比べどのように変化してきましたか？					
	●何が原因だと思いますか？					
	●他の病院などで何が原因だと言われましたか？					
体質・負傷歴	●症状が出だした前後に、この症状以外で体に変化はありませんでしたか？					
	●どんな体質ですか？		例・・冷え症、むくみ体質など			
	●病歴や手術歴など詳しく教えてください(完治も含め) ・治療法や何歳の頃など					
	●交通事故や大きな怪我の経験					
	●健康診断(血液検査・尿検査など)で過去や現在引かったものがありますか？					
	●飲んでいる薬やサプリメント					
●両親や兄弟などの病歴を教えてください						
その他	下記の項目で、軽い症状でも良いので、不調を感じているものや過去に経験したものを○で囲み詳細を空欄にお書きください					
	眼		鼻		耳	
	口内		顎関節症		歯	
	喉		扁桃腺		気管支	
	逆流性食道炎		胃腸疾患		食欲	
	循環器		婦人科		肝臓	
	泌尿器		貧血		血圧(高・低)	~
	リウマチ		痔		血糖値	HbA1c()
	冷え		のぼせ		腱鞘炎	
			風邪		食欲	
	気分のむら		汗	多汗・無汗・寝汗	むくみ	
	めまい		睡眠		疲労感	
	アレルギー		平熱		便通	日 回 (硬い・軟便・下痢)
	酒1日(ビール 本酒・焼酎 合)		タバコ	1日 本	尿回数	平均 回 (潜血・タンパク)
好きな食べ物		甘味	塩味 油もの	お肉	魚 野菜	

※妊婦の方やがん治療でリンパを取られた方は事前に術者にお知らせください