

問診票

初診 年 月 日

ふりがな			生年月日	年 月 日(満 歳)	
お名前			紹介者		
ご住所	〒 -				
電話番号			携帯電話番号		
メールアドレス			ご職業		
本日気になる症状をお聞かせください。					
	症状		いつから		受診有無
①					あり・なし
②					あり・なし
③					あり・なし
思い当たることはありますか？					
①					
②					
③					
ご自身についてお聞かせください。					
身長	cm	体重	kg	血圧 / 脈拍	喫煙:有(年 本/日)・無
家族構成	一人暮らし/配偶者と同居/実親と同居/義父母と同居/子供 人				
食欲	あり/なし	好きな味	甘味、塩け、油物、辛いもの、酸味、苦味		
普段の食事内容(簡単にご記入ください...例:朝食 パン、ヨーグルト、コーヒー)					
朝食			昼食		
間食			夕食		
生理	不規則・規則的:周期 日		量:多・普通・少	色:鮮紅色・暗褐色・ピンク	
	生理痛:なし・あり		生理前症状:なし・あり()		
出産歴	あり:お子様の年齢()歳、()歳、()歳			なし	流産歴:有・無
飲酒	飲む(ビール/ワイン/日本酒/焼酎 一日量 ml)・飲まない				
PC、携帯電話を使う時間	一日		時間		
冷えの自覚	あり/なし	冷える部位	手/足/お腹/その他		
便通	普通 回/日	下痢・軟便・便秘(服薬 あり)		尿 多い・少ない・夜間 回	
睡眠	時間/日	夜間覚醒:有・無		寝付き:良・悪	

現在持病がありましたらご記入ください。	
服薬中でしたら薬の内容をご記入ください。	
過去に大きな病気や怪我、手術歴があればご記入ください(病名、時期)	
ご家族に大きな病気をされた方がいらっしゃればご記入ください(続柄、病名)	

その他気になっていることがあればご記入ください

--