

予診表1

分かる範囲でご記入をお願い致します

記載日 平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	
氏名		昭・平	年 月 日(歳)
		職業	
住所 〒 -		電話番号(- -)	
		携帯電話(- -)	
メールアドレス パソコンアドレス() 携帯アドレス()			
当院をどのようにして知りましたか <input type="checkbox"/> 紹介(様) <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他()			
本日お悩みの症状は何ですか			
いつからお悩みですか、きっかけはありましたか			
身長 cm 体重 kg 平熱 °C			
月経について ①初潮 歳 ②最終月経 年 月 日から 日間 ③月経周期 ~ 日周期 ④出血期間 ~ 日間 ⑤経血量 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない ⑥血塊 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない ⑦帯下異常 <input type="checkbox"/> ある() <input type="checkbox"/> ない ⑧基礎体温 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 問題ある() <input type="checkbox"/> 分からない ⑨月経不順 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前あり ⑩月経時服薬 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する ⑪月経でお悩みはありますか()			
妊娠経験について 分娩__回 流産・中絶__回			
出産について ①__年__月 <input type="checkbox"/> 自然分娩__週目 <input type="checkbox"/> 帝王切開__週目 <input type="checkbox"/> その他(__週目) 出生体重__g 家事再開__週 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク 月経再開__ヶ月 ②__年__月 <input type="checkbox"/> 自然分娩__週目 <input type="checkbox"/> 帝王切開__週目 <input type="checkbox"/> その他(__週目) 出生体重__g 家事再開__週 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク 月経再開__ヶ月 ③__年__月 <input type="checkbox"/> 自然分娩__週目 <input type="checkbox"/> 帝王切開__週目 <input type="checkbox"/> その他(__週目) 出生体重__g 家事再開__週 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク 月経再開__ヶ月			
以下の診断を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 <input type="checkbox"/> チョコレート嚢胞 <input type="checkbox"/> その他婦人科疾患()			
・鍼灸治療を受けられた経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ ・消毒液で皮膚にかぶれやかゆみ等が出た経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・最近急激な体重変化はありましたか <input type="checkbox"/> はい__ヶ月で__kg 増・減 <input type="checkbox"/> いいえ ・昨夜の睡眠時間は十分でしたか <input type="checkbox"/> はい__時間 <input type="checkbox"/> いいえ__時間 ・皆様に有益な健康情報を、メールで送らせていただけますでしょうか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
自由記載欄			

ご記入いただき、ありがとうございます。2枚目も記載をお願い申し上げます。

予診表2

御身体に当てはまるもの全てに☑をお願い致します

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ
<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 目の疲れ	<input type="checkbox"/> 目のかすみ	<input type="checkbox"/> 動悸
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰
<input type="checkbox"/> 鼻汁が出る	<input type="checkbox"/> 鼻がつまる	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 消化不良	<input type="checkbox"/> 胃不快感
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 冷え症	<input type="checkbox"/> 痒み	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 静脈瘤
<input type="checkbox"/> まぶしい	<input type="checkbox"/> 足がつる	<input type="checkbox"/> 集中力低下	<input type="checkbox"/> 声が出づらい	<input type="checkbox"/> 疲れが取れない
<input type="checkbox"/> 力入りづらい	<input type="checkbox"/> 体の震え	<input type="checkbox"/> 低体温	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 低血圧
<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 精神疾患

平均睡眠時間 時 分 ~ 時 分
 例: 22時00分 ~ 7時00分

睡眠の状態 良い 寝付けない 中途覚醒 睡眠薬使用

食欲 旺盛 普通 ない

食事時間 朝食 時 分頃 夕食 食べる 食べない
 昼食 時 分頃 間食 する(時間帯: 時 分) しない
 夕食 時 分頃

嗜好品 甘いもの 炭水化物 肉 乳製品 インスタント食品
油物 スナック菓子 アイスクリーム 果物

入浴 入浴 時 分から 分間 湯船につかる(°Cのお湯)
シャワー 時 分から 分間 浴びる(°Cのお湯)
 例: 入浴 20時00分から5分間 湯船につかる(40°Cのお湯)

大便 毎日出る 小便 日中 _____回
 _____日に1回出る 尿意切迫、失禁等あり
薬を使って出している 夜間尿 毎晩 _____回
硬め 普通 軟らかめ 時々 _____日に1回

1日に飲む水分量(食事に含まれる水分以外)
 1日 _____リットル位 水 白湯 お茶(冷・温) コーヒー 紅茶
ジュース 炭酸飲料 スポーツドリンク その他()

アルコール 毎日 1週間に _____回 タバコ 1日 _____本
1ヶ月に _____回 飲まない 飲めない 時々吸う
 何を飲まれますか 例:(缶ビール2本) 吸わない
 () 禁煙中

今までに病気、ケガをされましたか 現在、薬・サプリメントは飲んでいますか
はい はい
 () ()
いいえ いいえ

運動習慣 毎日 週 _____回 月 _____回 なし
 運動する時間帯 時 分 ~ 時 分

今回の症状で受けられた治療はありますか
病院 鍼灸 漢方 整骨院・接骨院 整体 ホメオパシー
カイロプラクティック オステオパシー マッサージ アロマセラピー
ヨーガ療法 食事療法 市販薬 その他()