

表参道表参道ビオ東洋医学センター 問診票

ここにお書きいただく事項は、証（治療方針）を決定する基本となるものであり、皆様により治療を提供するための手助けとなるものです。出来る限り正確にご記入ください。（症状がいつまでも治らないのには必ず理由があります。過去に於ける事故やケガ、病歴など、書き漏らさぬようお願い致します。）

《お書きいただいた事項については、秘密を厳守致します。》

フリガナ

お名前：_____様 ご紹介者：_____様

e-mail：_____

ご住所：〒_____

電話（自宅）：_____（携帯）：_____

生年月日：西暦_____年_____月_____日 ご職業：_____

治療経験：（鍼灸 マッサージ 整体 その他_____）

◇主訴（一番辛い症状）をお書き下さい

a. それはいつからですか？

b. a.について、病院で検査を受けましたか？

はい いいえ

c. その結果、何と診断されましたか？

d. 治療はどのようなものでしたか？

投薬（薬の種類_____）

理学療法_____ リハビリ_____

安静 観察 カウンセリング その他_____

◇**現在**あなたがお持ちの症状や病気、徴候を○で囲んでください

また、**過去**に経験のある項目には下線を引いてください

*こり 痛み（肩 首 背中 その他_____）

*頭痛（右・左側痛 後頭痛 前頭痛 全体痛）

*関節痛（肘 手首 膝 その他_____）

*腰痛（右 左 真中）

*痺れ（箇所_____） 麻痺（箇所_____）

*生理痛（下腹部 腰 他） 生理前症候群 生理前（中）の感情の変化

・生理不順（早 遅 多 少 無 不正出血） 筋腫 子宮内膜症

・生理周期_____日

・鎮痛剤服用（有・無）

*閉経（_____歳）

*冷え性（手 足 腰）

*むくみ（顔 手 足）

*不眠（入眠困難 夜中、明け方に覚醒 眠りが浅い）

*動悸 息切れ めまい ふらつき 胸部痛 胸部圧迫感 顔面紅潮

冷汗 貧血 低血圧 高血圧（_____／_____）

*肌荒れ（アレルギー アトピー） 肌のかゆみ 外陰炎

イボ たこ 魚の目 ひび割れ

*胃の痛み（食前 食後 夜間 その他） もたれ

胃炎 胃潰瘍 胃ポリープ 胸やけ 膵炎 食欲不振

便秘（時々 常習） 下痢

*腹膜炎 過敏性腸症候群 慢性腸症候群

*甲状腺の異常（低下 亢進 腫瘍 炎症 その他_____）

*糖尿病 低血糖症 夜間の足のツレ

*目の疲れ（ドライアイ 充血 痛み かすみ かゆみ）

*気管支炎 喘息 喘鳴 風邪を引きやすい アレルギー

*免疫系の異常 リウマチ 脱毛症 クローン病

*難聴（左 右） 耳鳴り（左 右） 頻繁な耳感染症 鼻汁 鼻づまり

副鼻腔炎 咽頭痛 のどのかゆみ 耳下腺炎 外・内・中耳炎

*歯痛 歯周炎 歯茎出血 口内炎 顎関節症

*不眠症 慢性疲労 感情的な問題（怒り イライラ 鬱的 心配性）

集中力の欠如 朝食欲不振 朝不機嫌 異常な発汗 朝苦手夜元気

*その他にも気になっている症状がありましたらお書きください

◇平均睡眠時間 約_____時間/日

◇スポーツ（種目_____ 現在・過去）

◇嗜好品について

飲酒（なし 毎日 時々 飲酒量_____）

糖質 炭水化物 果物

喫煙（なし _____本/日）

◇服用されている薬（サプリメント/漢方も含む）を全てお書き下さい

◇幼児期にかかった病気（手術）をお書き下さい（年齢も）

◇思春期にかかった病気（手術）をお書き下さい（年齢も）

◇成人してからかかった病気（手術）をお書き下さい（年齢も）

◇成人してから 39.0℃以上の発熱がありましたか？（理由も）

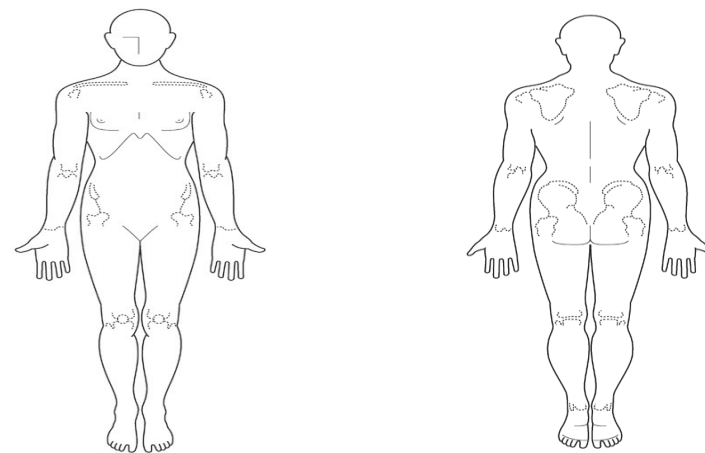
◇あなたの肉親がかかった病気が以下にありますか？（続柄も）

糖尿病 心臓病 血圧異常 神経障害 癌

心の病 甲状腺異常 リウマチ 免疫不全症

◇交通事故（それに類する事故）や転倒の経験がありますか？（年齢も）
（その時に症状が出なかった場合でもお書き下さい）

◇ケガによるキズ痕（跡）、手術によるキズ痕（跡）はありますか？
すべてのキズ痕（小さなものも）の位置を記入して下さい



◇過去に歯列矯正をしましたか？（年齢と期間）

◇冠 差し歯 スプリント ブリッジ 入れ歯 インプラント（年齢と施術箇所）

◇現在、虫歯 歯周炎等が（有 無）

◇未婚 既婚 その他

◇出産（____人 うち帝王切開____人）

流産____回（____年____月） 中絶____回（____年____月）

◇不妊治療経験（有 方法_____ ・ 無）

◇出産時に何か問題はありましたか？

1.病気 2.ケガ 3.投薬 4.ストレス 5.その他

*私が子供を妊娠中に_____

出産時に_____

出産直後に_____

*私の母が私を妊娠中に_____

出産時に_____

◇予防接種について

*予防接種を受けた時に何か反応がありましたか？

*通常では行わないような予防接種をしたことがありますか？

*摂取痕（跡）の変色や痛みはありますか？

◇健康面で、普段心がけていることはありますか？

◇ご両親・配偶者及びそのご家族との関係は良好です（した）か？

◇子供の頃いじめ等にあった経験はありますか？

◇現在の症状により我慢していること・改善したらやりたいことは何ですか？

ご記入ありがとうございました。

+++++

同意書

施術において、起こり得る事象について以下をお読みになり、ご署名下さい。

鍼治療の際に、毛細血管などが鍼を避けられず、微量の出血及び内出血や紫斑（青あざ）・腫れなどができることがあります。

その場合、1、2週間程度で消失することがほとんどです。

万が一内出血や紫斑（青あざ）が発生した場合でも、その間の不利益（仕事の休業、精神的苦痛など）の保証は致しかねます。

施術中、鍼のひびき等を感じる場合があります。また施術による血流改善、自律神経作用により、眠気、倦怠感（だるさ）を起こすことがあります。それは鍼特有の作用です。

上記の内容に同意しました。

年 月 日

署名 _____