

問 診 票

平成 年 月 日 ()

生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日(満)歳	初めて・来たことがある・ 紹介→(さん)	
フリガナ			性別	血液型
氏 名			男・女	A・B・O・AB・不明
住所、連絡先	〒 -		職業：	
	携帯・ご自宅 () - -		既婚・未婚	
E-mail				

① 身体状況

身長	体重	血圧		喫煙状況	
. cm	. kg	/ mmHg		タバコを吸う・吸わない・禁煙中 ↳ 1日平均 本・箱	
★女性の方のみ お答え下さい	出産回数	妊娠回数	現在妊娠されている方	授乳	生理
	回	回	週目・ヵ月	有・無	1,周期(~ 日)・不順 2,閉経(歳頃)

② 病歴 (わかる範囲でお答えください)

現病歴		[治療内容]	[飲んでいるお薬]
既往歴			
手術歴	[部位・手術法]	[いつ]	[完治・治療中]

③ 身体の自覚症状の強度について ①良好 ②改善 ③安定 ④不調 ⑤大変不調

(例：胃がもたれる④、髪が抜ける① 等)

--

裏面へ続きます→

< 裏面 >

④ 生活習慣について 当てはまるものに○、必要項目はご記入ください。

食事回数	朝・昼・夕（規則的・不規則） 間食（有・無）
アルコール摂取	有・無 ↳週 日（どのくらい）
アレルギーの有無	食べ物 有・無 ↳（ ）
	お薬 有・無 ↳（ ）
食べ物の嗜好	好きなもの、よく食べるもの
	嫌いなもの
睡眠	寝つきが… ①良い ②悪い ③眠りが浅い (時就寝～ 時起床の 時間くらい)
便通	① 毎日 ②週 4～6回 ③週 1～3回 ④1週間以上ない どのような→（普通便・硬い・軟便・下痢）
運動	① 毎日 ②週 4～5回 ③週 1～2回 ④まったくしていない ①～③の方 どういった運動→（ ）を（ ）分・時間）
ストレス	ストレスを感じる事が… ①ある ②時々ある ③非常にある ④ない
体重の増減	① ある ②ない ↳（ ）ヶ月で（ ）kg) 増加・減少

⑤ その他 普段飲んでいるサプリメント等ありましたらご記入ください。

--

⑥ 質問・ご要望等

--

以上です。お疲れ様でした。

これらの情報につきましては秘密厳守させていただきます。