

氏名	(ふりがな)	住所	〒		
	様				
生年月日	年 月 日	年齢： 才	身長 cm	体重 kg	
電話番号	— —	ご職業	鍼灸を受けたことが (ある・ない)		

一番お困りの症状について

- ・どんな症状ですか？ { }
- ・いつ頃からですか？ { }
- ・思い当たる原因はありますか？ { }

その他にもお困りの症状がありましたら、ご記入ください

{ }

これまでにかかった病気や怪我とその時の年齢についてご記入下さい。(例：左腕骨折26歳)

{ }

食事について

当てはまるものに○をつけて下さい

- ・食欲がない
- ・食欲はあるが小食
- ・食欲が旺盛
- ・甘いものをよく食べる
- ・食事の時間が不規則
- ・朝ご飯を食べない
- ・間食をよくする
- ・アルコールを飲む
- ・外食が多い

お通じについて

当てはまるものに○をつけて下さい

- ・便秘気味 (日 に1回)
- ・下痢気味
- ・毎日出るがすっきりしない
- ・便が硬い
- ・コロコロとした便がでる

尿について

- ・一日にだいたい (回) トイレに行く
- ・夜間トイレに行くことが (ある・ない)

睡眠について

当てはまるものに○をつけて下さい

- ・寝つきが悪い
- ・眠りが浅い
- ・夢を見る
- ・寝起きが悪い
- ・日中眠くなる
- ・食後すぐ眠くなる
- ・寝汗をかく

その他について

当てはまるものに○をつけて下さい

- ・暑がりである
- ・寒がりである
- ・手足冷える
- ・手のひらや足の裏がほてる
- ・目が疲れやすい
- ・乾燥肌
- ・よくこむら返りになる