

茅場町女性鍼灸院 鍼灸問診票

アルコール消毒可
 迷走神経既往なし
 金属アレルギー発症歴なし

記入日	()			
フリガナ		身長	体重	職業
氏名		cm	kg	
生年月日	西暦	年	月	日
		年齢	歳	未婚・既婚
住所	〒 -			
メール	@			
携帯電話	- -			
来院動機	ご紹介（お名前： ）・HP・ツボ新聞			

◆本日はどのような症状で来院されましたか。

◆その症状はいつからありますか。

◆服用されているお薬やサプリメントがありますか。

◆通院されている病院・治療院はありますか。

病院・鍼灸院・マッサージ・整骨院・他()

既往歴についてお伺いします。

◆これまでに大きな病気や手術・入院の経験はありますか。

家族歴についてお伺いします。

◆ご家族で何か病気をされている方はいらっしゃいますか。
 糖尿病・高血圧・心疾患・腎臓病・癌・膠原病など

◆日常生活労作・環境について、該当する場合○をつけてください。

生活：事務PC作業 / 自動車運転 / 肉体労働 / 育児
 環境：屋外 / 低温 / 高温 / 高湿度 / 乾燥 / 騒音
 運動習慣：なし / あり 飲酒：なし / あり 喫煙：なし / あり

茅場町女性鍼灸院 鍼灸問診票

月経についてお伺いします。

- ◆初潮年齢 [_____ 歳]
- ◆最終月経 [_____ / _____ ~ _____ / _____ まで ・ 閉経]
- ◆月経周期 [約 _____ 日間 ・ 規則的 ・ 不規則]
- ◆出血期間 [_____ 日間]
- ◆月経量の傾向 [多い ・ 普通 ・ 減少]
- ◆基礎体温の変化 [つけていない ・ つけている]
- ◆生理痛 [ない ・ ある → 鎮痛剤 : あり ・ なし]

妊娠歴についてお伺いします。

- ◆現在、妊娠の可能性はありますか。 [ない ・ あり → 妊娠 _____ 週]
- ◆妊娠・出産経験 [妊娠 _____ 回 / 分娩 _____ 回]
- ◆中絶経験 [ない ・ あり → 時期: _____]

◆気になる症状に✓チェックをしてください。

肝		心		脾・胃	
イライラ・情緒不安定		動悸・不整脈		食欲不振・食後不快	
血圧・貧血		不眠・悪夢・中途覚醒		腹痛	
足がつる・しびれる		いつも眠い		体重の増減・むくみ	
視力・目の問題		物忘れ・言葉が出ない		軟便・下痢	

肺		腎	
咳		精力減退	
慢性鼻炎・鼻水・痰		頻尿・トイレの問題	
嗅覚の問題		老化・脱毛	
皮膚の問題		聴力低下・耳鳴り	

肩こり		頭痛		腰痛	
疲労感		ぜんそく		肌荒れ	
ストレス		アトピー		睡眠不足	
冷え		アレルギー		運動不足	
のぼせ		発汗		偏食・過食	
めまい		便秘		喉の乾き	

ご記入ありがとうございます。わからないところは空欄で構いません。

茅場町女性鍼灸院 妊婦/逆子 鍼灸問診票

1	妊娠週数	週
2	血圧 *1わかる範囲でご記入ください。	/
3	主治医より臍帯について何か言われていますか。	はい ・ いいえ
以下のうち当てはまるものがありますか。		
4	(1)切迫早産・前期破水・前置胎盤 *2	ある ・ ない
	(2)子宮筋腫・胎児奇形 *3	ある ・ ない
5	主治医より鍼灸治療を受けてもよいと言われましたか。	はい ・ いいえ

*1 妊娠高血圧症候群の患者は、主治医の同意があれば予約可。

*2 ひとつでも「ある」場合は予約不可。

*3 主治医の同意が得られていれば、予約可。

1	出産予定日：(西暦)	年	月	日	初産 / 経産(人目)
2	妊婦健診を受けている施設名：				
3	分娩予定の施設名：				
5	里帰り分娩：	する ・ しない			
4	分娩方法：	自然分娩 ・ 自然無痛分娩 ・ 計画無痛分娩 ・ 未定			
6	緊急連絡先：名前	(続柄：)		電話番号：	

逆子コースの方のみご回答ください。

1	胎児の向き	()
	逆子になった時期	月 日 () 週頃
2	前回の妊婦健診日	月 日 () 週頃
	次回の妊婦検診日	月 日 () 週頃
3	産院による逆子体操指導	あり ・ なし
4	逆子を治したいお気持ち	<input type="checkbox"/> 100% 絶対に治したい <input type="checkbox"/> 70% 治したい <input type="checkbox"/> 50% できれば治したい <input type="checkbox"/> 30% 帝王切開でもよい