

ふりがな 氏名	男 女	身長 体重	cm kg	紹介者名
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 生 満 才 未婚・既婚・離婚・再婚・死別			
住 所	〒 電話() - e-mail: @			
緊急連絡先	【連絡先名】 電話() -			
職業	形態	・自営・勤務・主婦(専業・兼業) 事業所名()		
	業種	・飲食・製造・建設・不動産・販売・サービス・官庁・医療・その他()		
	職種	・管理職・営業職・技術職・製造職・販売職・一般事務・経理事務・その他() ・コンピュータ操作(あり・なし) ・(立ち・座り・歩く・考える・目を使う・手を使う・氣を使う・その他)仕事		

1. 今回受診された目的、あるいはお困りの症状をおしえてください。

※複数ある場合は、お困りの順に列記してください。

2. 過去にかかった病気やケガをおしえてください(今回の病状は除く)。

[いつ頃ですか?] [どんな病気・ケガですか]

例: 24歳夏頃

胃潰瘍

- ①
- ②
- ③
- ④
- ⑤
- ⑥

3. 身内(血縁関係)の方の病気についておしえて下さい。

- その方の続柄()
- ・脳卒中・高血圧・心臓の病気・糖尿病・胃腸の病気・アレルギー
- ・リウマチ・婦人科疾患・神経痛・腰痛・喘息・精神病
- ・ガン(臓器など:)・その他()

4. 現在ある症状・しばしば感じる症状に○、時々感じる症状には△を各番号にお付けください。また()内の該当するものを○で囲んでください。

- ① 頭が痛い
- ② 首・肩・背中が(こる・痛い)
- ③ 寝違いをおこしやすい(右・左)
- ④ 関節が痛む
(肩・肘・手首・股関節・膝・足首・その他)
- ⑤ 腰が痛い
- ⑥ 力ぜを引きやすい(今力ぜを引いている・いない)
- ⑦ 力ぜを引いた場合(咳・痰・喉痛・発熱・寒気鼻水・鼻づまり・頭痛・食欲減退)が長引く
- ⑧ アレルギーがある
(鼻炎・花粉症・金属・その他:)
- ⑨ (しゃっくり・げっぷ・あくび・ため息)が出る
- ⑩ 痰が(切れやすい・切れにくい)
- ⑪ 口内炎ができる
(頬裏・歯茎・舌先・舌縁・舌裏・その他:)
- ⑫ のどが(痛い・つまる感じがする)
- ⑬ (胸の痛み・胸苦しさ・動悸・息切れ)がある
- ⑭ めまいがする(回転性・非回転性)
- ⑮ 目の症状(疲れ・乾燥・かすみ・痒み・光がまぶしい涙がよくでる・その他:)
- ⑯ 耳の症状
(左・右 耳鳴り・難聴・その他:)
- 5. その他、該当する番号に○か、具体的に記入をお願いします。
- ① 医療機関から薬をもらっている
- ② サプリメントを服用している
- ③ 健康のために心掛けていること
(具体的に:)
- ④ PCモニタやスマホを観ている時間
(約 時間/日)
- ⑤ 余暇の過ごし方
例) ゴルフ、登山、映画鑑賞 等
()
- ⑥ 運動習慣(有・無)
(内容:)