

# 鍼灸SALON balance 問診票

初診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな		男 女	生年月日		
氏名			年	月	日
			ご連絡先		
住所	〒		自宅・携帯 ( ) -		
職業		メール アドレス			

①いつ頃から、どのような症状でお悩みですか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から

③思い当たる原因はございますか？

④現在治療中、または過去に罹った病気はありますか？下記に○をしてください

ない・ある ( 現在治療中 \_\_\_\_\_ 歳の頃 )

(病名)

症状	睡眠	眠れない・眠りすぎる・夢が多い・目覚めやすい・寝た気がしない			
	頭痛	頭が重い・何かかぶった感じ・めまい・立ちくらみ			
	食欲	旺盛・普通・ない	間食 (する・しない)	便秘	1日 _____ 回 (硬・軟・下)
	胃	胃がつかえる・胸やけ・げっぷ・吐き気・嘔吐・腹痛 (上腹・わき・下腹)			
	せき	多い・少ない・ゼイゼイいう	咳き込む	鼻	鼻が詰まる・鼻水が出る・鼻血
	のど	のどがかわく・口がかわく・口が粘る・薄い唾液が多い・口が苦い			
	胸	心臓や胸が重苦しい・動悸・息切れ		冷え	手足・腰・背・腹
	尿	多い・少ない・近い・夜間 _____ 回			
	月経	順調・不調・無い ( _____ ヶ月前から)		妊娠	正常・異常・流産
	こり	首・肩・背	腰痛・背痛	しびれ	右腕・左腕・右足・左足 (その他 _____ )
その他	疲れやすい・運動障害 ( _____ ) ・耳鳴り・難聴・むくみ ( _____ ) ・出血 ( _____ )				
体質	寒がり・暑がり・冷え性・のぼせ・風邪を引きやすい・下痢をしやすい・便秘しやすい ( _____ )				
嗜好	酒 (1日 _____ 本) ・たばこ (1日 _____ 本) ・甘味・塩気・油物・肉・魚・野菜・果物				