

正確に、記入もれの無いようお願いします。

わからない時は、その旨お書き下さい。

ふりがな お名前	様(男・女)	血液型	Rh(型)	大 昭 平 年 月 日生
ご職業	ご紹介者		様/インターネットで見て	
ご住所	〒 —		↓主な方に、√印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> ☎() — <input type="checkbox"/> 携帯() —	
	E-Mail : _____			
ご住所	【緊急連絡先】		↓主な方に、√印をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> ☎() — <input type="checkbox"/> 携帯() —	
	〒 —			
ご家族	〔未婚・既婚〕 ※自宅でお灸をして下さる方に○印を付けて下さい。			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			
	----- (男・女) (満 歳) 続柄【 】 灸【 】 -----			

今、一番つらい(痛み・不安など)症状についてお聞きします。

・どこが? ()

・どのような状態ですか?()

・いつから?()

・どのように起こりましたか? (急に・徐々に・わからない)

・つらさ(痛み・不安など)の程度を数字で表すと?(○印を付けて下さい)
(なんともない) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (耐え難い)

・どのようにになりたいですか?()

・つらい時期は?(朝・昼・夕方・深夜)
(イライラした時・気持ちの沈んだ時・常に・一定しない)
(春・夏・秋・冬・梅雨時・季節の変わり目・クーラーで・暖房で)

・思い当たる発症のきっかけがありましたら、お書き下さい。

・この症状に対して、これまで治療された方は、お書き下さい。
どこで? ()
どんな治療を?()
何と診断・説明されましたか?()
治療効果はどうでしたか?()

・特に希望されない治療があれば、×印をつけて下さい。
①鍼 ②灸(自宅施灸を含む) ③指圧
※希望されない理由は何ですか?

最近のおからだの具合について、当てはまるものに○印をつけて下さい。

- ・ 頭 (痛み・重い・腫れ・むくみ／その他())
- ・ 顔 (痛み・ほてり・シビレ・腫れ・むくみ／その他())
- ・ 眼 (痛み・疲れ・かすみ・かゆみ／遠視・近視・老眼・乱視／その他())
- ・ 鼻 (つまり・鼻水・乾き・鼻血／その他())
- ・その他(めまい・立ちくらみ・耳鳴り・難聴)

- ・のど(痛み・腫れ・乾き・つまり・声のかすれ／その他())
- ・ 口 (乾き・歯グキの痛み・歯グキの腫れ・口臭／その他())
- ・せき(特に夜出る・時間に関係なく出る／その他())
- ・た ん(透明・黄色・緑色・血が混じる／その他())

- ・ 首 (痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())
- ・ 肩 (痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())
- ・ 腕 (痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())
- ・ 手 (痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())

- ・ 胸 (痛み・動悸・息切れ・つまり・胸やけ・ゲップ／その他())
- ・お 腹(痛み(食後・空腹時)・張る(食後・空腹時)・胃がもたれる／その他())
- ・背 中(痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())
- ・ 腰 (痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())

- ・太もも(痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())
- ・ 膝 (痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())
- ・ 足 (痛み・重い・シビレ・動きが悪い・腫れ・むくみ・冷え・だるさ／その他())

- ・食 事(食欲不振・食欲亢進・吐き気／その他())
- ・ 尿 (回数が少ない・頻尿・少量・多量／その他())
- ・便 通(下痢・便秘・下痢と便秘が交互・痔痛・痔出血／その他())

- ・睡 眠(寝つきが悪い・夜中目が覚める・不眠・寝起きが辛い／その他())

※その他、伝えたい事・聞きたい事など有りましたら、何でもお書き下さい。

