

初診日 年 月 日

フリガナ		性別	鍼灸治療経験	あり / なし
ご氏名		男・女	鍼灸治療が怖い	はい / いいえ
			特記	ペースメーカー / 肝炎
ご住所	〒	TEL		
		携帯電話	()	
生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)	e-mail	@	
ご紹介など	親類・知人等(お名前:) / ホームページ / 新聞・雑誌等 / 看板 / 電話帳 再診 (初回来院 年ごろ 前回来院 年ごろ)			
ご職業	専業主婦・会社員・パート/アルバイト・自営業・学生・無職・その他() 職種()			
同居家族	_____ (歳) _____ (歳) _____ (歳) _____ (歳) _____ (歳)			

症状についてお尋ねします

どこが		いつ頃から	
どのように			
思い当たるきっかけや原因はありますか			
この症状で他の医療機関に行きましたか	医療機関: 治療方法:	診断方法: 診断名:	
交通事故歴	(はい・いいえ) 年ごろ		
過去に罹った手術・病気があればご記入下さい			

日常生活についてお尋ねします

1.睡眠はよく取れていますか？(はい・いいえ/理由:寝つきが悪い・途中覚醒(トイレなど) ・寝起きが悪い・多夢) 平均的な睡眠時間は 就寝(時 分ごろ) 起床(時 分ごろ) 計()時間ぐらい
2.食事は1日3回きちんと摂っていますか？ (はい・いいえ)
3.便通は？ 小便(近い・普通・出にくい) 大便(軟便・普通・便秘)
4.貧血等で気分が悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)
5.勤務時間は？ (時～ 時) 1日平均残業(時間ぐらい)
6.お休みは？ (例:土、日が休み) ()
7.通院しやすい曜日はいつですか？ ()
8.服用中の薬があればお書きください
9.身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ (正常・高い・低い) 視力 右: _____ 左: _____

*ご記入頂いた内容は、療養費支給申請書に記載させていただきます。