

# 大和鍼灸院 初診受付予診表

初診日 年 月 日

フリガナ		鍼灸治療経験	有 / 無
氏名	男	鍼灸が怖い	はい / いいえ
	女	特記	ペースメーカー / 肝炎
ご住所	〒	TEL	
		携帯番号	
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	ご職業	
ご来院のきっかけ	ご紹介 (お名前 ) ご関係 ( )		
	ホームページ / 新聞、雑誌 / 看板 / 電話帳 / その他 ( )		
	再診 (初回来院 年頃) / (前回来院 年頃)		
家族歴	父 健在 / (病名 )	兄弟 健在 / (病名 )	
	母 健在 / (病名 )	配偶者 健在 / (病名 )	
遺伝的疾患	病名 ( )	アレルギー	無・有 ( )
大病の経験	病名 ( )	交通事故	( 年頃 ) (症状 )

## ●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			
思い当たる原因はありますか。( )			
この症状で他の医療機関を受診された方はお書きください。			
医療機関		診断名	
治療法		治療効果	

## ●日常生活についてお尋ねします

睡眠	( 時間 ) 快眠 / 眠れない / 不規則 / 途中覚醒(トイレ 回) / 寝起きが悪い		
食事	(1日 回) 規則的 / 不規則 / 食欲がない / 食欲過多		
排泄	・小便(近い / 普通 / 出にくい) ・大便(軟便 / 普通 / 便秘)		
勤務	(1日 時間) ・夜勤 有 / 無 ・休み(週 回 曜日 / 不規則)		
服用中の薬			
・身長 ( ) cm	・体重 ( ) kg	・視力 ( 右: )	左: )
・血圧 ( / )	正常 高い 低い	・貧血 ( 有 / 無 )	