

## 表参道ビオ東洋医学センター 問診票

ここにお書き頂く事項は、証（治療方針）を決定する基本となるものであり、皆様により治療を提供する為の手助けとなるものです。出来る限り正確にご記入下さい。（症状がいつまでも治らないのには必ず理由があります。過去に於ける事故やケガ、病歴等、書き漏らさぬようお願い致します。）

《お書き頂いた事項については、秘密を厳守致します。》

フリガナ

お名前： \_\_\_\_\_ 様    ご紹介者： \_\_\_\_\_ 様

e-mail： \_\_\_\_\_

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話（自宅）： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_（携帯）： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    ご職業： \_\_\_\_\_

治療経験：（鍼灸   マッサージ   整体   その他 \_\_\_\_\_）

### ◇ 主訴（一番辛い症状）をお書き下さい

a. それはいつからですか？

b. a. について、病院で検査を受けましたか？

c. その結果、何と診断されましたか？

d. 治療はどのようなものでしたか？

投薬（薬の種類 \_\_\_\_\_）

理学療法 \_\_\_\_\_    リハビリ \_\_\_\_\_

安静    観察    カウンセリング    その他 \_\_\_\_\_

### ◇ 現在 あなたがお持ちの症状や病気、徴候を○で囲んでください

また、過去に経験のある項目には下線を引いてください

\* こり 痛み（肩 首 背中 その他 \_\_\_\_\_）

\* 頭痛（右・左側痛 後頭痛 前頭痛 全体痛）

\* 関節痛（肘 手首 膝 その他 \_\_\_\_\_）

\* 腰痛（右 左 真中）

\* シビレ（場所 \_\_\_\_\_） 麻痺（場所 \_\_\_\_\_）

\* 生理痛（下腹部 腰 他） 生理前症候群 生理前(中)の感情の変化

生理不順（早 遅 多 少 無 不正出血） 筋腫 子宮内膜症

\* 冷え性（手 足 腰）

\* むくみ（顔 手 足）

\* 不眠（入眠困難 夜中、明け方に覚醒 眠りが浅い）

\* 動悸 息切れ めまい ふらつき 胸部痛 胸部圧迫感 顔面紅潮

冷汗 貧血 低血圧 高血圧（HR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_）

\* 肌荒れ（アレルギー アトピー） 肌のかゆみ 外陰炎

イボ たこ 魚の目 ひび割れ

\* 胃の痛み（食前 食後 夜間 その他） もたれ 便秘（時々 常習）

胃炎 胃潰瘍 胃ポリープ 胸やけ 膵炎 食欲不振

\* 腹膜炎 過敏性腸症候群 慢性腸症候群

\* 甲状腺の異常 (低下 亢進 腫瘍 炎症 その他\_\_\_\_\_)

\* 糖尿病 低血糖症 夜間の足のツレ

\* 眼の疲れ (ドライアイ 充血 痛み かすみ かゆみ)

\* 気管支炎 喘息 喘鳴 風邪を引きやすい アレルギー

\* 免疫系の異常 リウマチ 脱毛症 クローン病

\* 難聴(左 右) 耳鳴り(左 右) 頻繁な耳感染症 鼻汁 鼻づまり

副鼻腔炎 咽頭痛 のどのかゆみ 耳下腺炎 外・内・中耳炎

\* 歯痛 歯周炎 歯茎出血 口内炎 顎関節症

\* 不眠症 慢性疲労 感情的な問題 (怒り イライラ 鬱的 心配症)

集中力の欠如 朝食欲不振 朝不機嫌 異常な発汗 朝苦手夜元気

\* その他にも気になっている症状がありましたらお書きください

◇ 幼児期にかかった病気 (手術) をお書きください (年齢も)

◇ 思春期にかかった病気 (手術) をお書きください (年齢も)

◇ 成人してからかかった病気 (手術) をお書きください (年齢も)

◇ あなたの肉親がかかった病気が以下にありますか? (続柄も)

糖尿病 心臓病 血圧異常 神経障害 癌

心理的疾患 甲状腺異常 リウマチ 免疫不全症

◇ 交通事故 (それに類する事故) の経験がありますか? (年齢も)

(その時に症状がでなかった場合でもお書きください)

◇ ケガによるキズ痕 (跡)、手術によるキズ痕 (跡) はありますか?

すべてのキズ痕 (小さなものも) の位置を記入してください

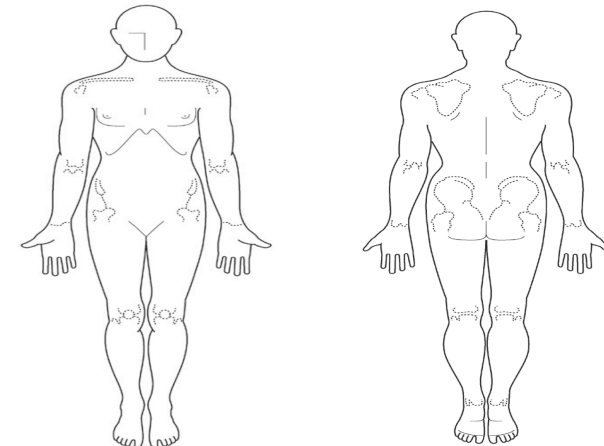
◇ 平均睡眠時間 約 \_\_\_\_\_ 時間 / 日

◇ スポーツ (種目 \_\_\_\_\_ 現在・過去)

◇ 嗜好品について

喫煙 (なし \_\_\_\_\_ 本 / 日) 飲酒 (なし 毎日 時々 飲酒量 \_\_\_\_\_)

◇ 服用されている薬 (サプリメント / 漢方も含む) を全てお書き下さい



◇過去に歯列矯正をしましたか？（年齢と期間）

◇冠 差し歯 スプリント ブリッジ 入れ歯 インプラント（年齢）

◇現在、虫歯 歯周炎等が（有 無）

◇未婚 既婚 その他

◇出産（\_\_\_\_\_人 うち帝王切開\_\_\_\_\_人） 流産\_\_\_\_\_回 中絶\_\_\_\_\_回

◇出生時に何か問題はありましたか？

1. 病気 2. ケガ 3. 投薬 4. ストレス 5. ト라우マ 6. その他

\* 私が子供を妊娠中に\_\_\_\_\_

出産時に\_\_\_\_\_

出産直後に\_\_\_\_\_

\* 私の母が私を妊娠中に\_\_\_\_\_

出産時に\_\_\_\_\_

◇予防接種について

\* 予防接種を受けた時に何か反応がありましたか？

\* 通常では行わないような予防接種をしたことがありますか？

\* 接種痕(跡)の変色や痛みはありますか？

◇健康面で、普段心がけている事はありますか？

◇ご両親・配偶者及びそのご家族との関係は良好です(した)か？

◇子供の頃いじめ等にあった経験はありますか？

ご記入ありがとうございました