質問票

〔年齢　　歳〕

フリガナ
氏名

性別
女性・男性

身長〔　　cm〕／体重〔　　kg〕
血液型：A 型・B 型・O 型・AB 型・不明
誕生日：西暦　　年　　月　　日生

自宅 〒
住所

↳現在、妊娠中ですか？…いいえ・はい〔　　週〕
生理中ですか？…いいえ・はい・閉経後・その他〔　　〕

電話　（　　）　自宅・携帯
メールアドレス

職業

同居している方
配偶者・父・母・娘・息子・孫・いない（独居）・その他〔　　〕

1）症状について　〔　　〕内に症状のあるところをお書きください。

痛み…頭・首・肩・のど・胸・腹・腰・膝・太腿・肛門・その他〔　　〕
咳・痰・鼻水・くしゃみ・下痢・便秘・胸焼け・吐き気・嘔吐・食欲不振・体重減少・体重増加
発熱・寒気・だるさ・めまい・ふらつき・動悸・息苦しさ・不眠・不安・うつ・疲れ・ストレス
むくみ〔　　〕・冷え〔　　〕・痺れ〔　　〕・しこり〔　　〕・出血〔　　〕
その他の症状〔　　〕

2）医療との関わりについて　〔　　〕内に詳細をお書きください。

◆今までにかかったことのある病気 および 現在患っている病気
脳卒中・心臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常・痛風・腎臓病・肺炎・結核（肋膜炎・肺浸潤）
喘息・アトピー・花粉症・B 型肝炎・C 型肝炎・その他〔　　〕

◆手術の経験…なし・あり〔　　〕
（例：虫垂炎（盲腸）で手術、ポリープ切除、子宮筋腫摘出術など）

◆お薬・食べ物・飲み物などのアレルギー…なし・あり〔　　〕

◆薬剤使用歴…なし・ステロイド・安定剤・睡眠薬・抗うつ剤・その他〔　　〕

3）生活習慣について　〔　　〕内に詳細をお書きください。

朝…食べない・米・パン・麺・卵・肉・魚・豆・味噌汁・野菜・海藻・乳製品・その他〔　　〕
昼…食べない・米・パン・麺・卵・肉・魚・豆・味噌汁・野菜・海藻・乳製品・その他〔　　〕
夕…食べない・米・パン・麺・卵・肉・魚・豆・味噌汁・野菜・海藻・乳製品・その他〔　　〕
間食…摂らない・チョコ・アイス・クッキー・飴・せんべい・小魚・豆・卵・その他〔　　〕

サプリメント（健康食品）…摂らない・摂る〔　　〕
飲み物…コーヒー〔1 日　　杯〕・紅茶・緑茶・麦茶・ほうじ茶・炭酸飲料・その他〔　　〕
アルコール…飲めない・飲まない・飲む〔毎日・週に　　回〕・止めた〔　　歳まで飲んでいた〕
タバコ…吸わない・吸っている〔1 日　　本／　　歳から〕・止めた〔　　歳まで吸っていた〕

睡眠…〔　　時頃〕に寝て〔　　時頃〕に起きる／途中で 起きない・起きる〔理由：　　〕

運動…しない・する〔毎日・週に　　回〕／種類：散歩・体操・その他〔　　〕
入浴…しない・シャワー・湯船に浸かる　／　発汗…多い・少ない・その他〔　　〕

排便…毎日出る・〔　　〕日毎に 1 回／普通・硬い・軟便・下痢・血便・その他〔　　〕
排尿…1 日〔　　回〕／残尿感あり・排尿時痛あり・濁りあり・血尿・夜間頻尿・その他〔　　〕

紹介者名（または紹介治療院名など）：

◆備考：

ご協力ありがとうございました。

★質問票記入日：西暦　　年　　月　　日