

問 診 票

お名前： _____

- 今、お困りのご病気、症状を教えてください。
 - ・ 最もお困りのこと → ○で囲んでください。
 - ・ ひどくはないものの、改善したいもの → △で囲んでください。

頭痛 肩こり 腰痛 冷え のぼせ めまい 動悸(どうき)
下痢 便秘 食欲不振・過食 寝つきが悪い・早く起きてしまう
疲れやすい・だるい 気力がない 集中力低下 怒りっぽい イライラ
自律神経失調症・心の問題(うつ、摂食障害など) 不眠 アトピー性皮膚炎
更年期障害・生理不順など 高血圧 糖尿病 脂肪肝
動脈硬化 ガン その他 ()

選んだ項目について、受診した病院等があれば教えてください。

病院名 []
診断名 []

- 現在受けている治療があれば教えてください。
 - ※ サプリメントや健康食品などの利用も含みます。
 - []

- 希望される治療の GOAL を教えてください。当てはまるものに○をしてください。
 - 「なんとか生きていける程度」
 - 「とりあえず症状が気にならない程度」
 - 「学校・職場への復帰」
 - 「ある程度スポーツを行える程度」
 - その他「]

- 当クリニックでの治療に際して注意して欲しいことがあれば教えてください。
 - ※ アレルギー、体質の問題など。
 - 特になし
 - あり ()

- ご希望の治療方法、関心のある治療があれば教えてください。

■ 日常の生活時間について教えてください。

就寝時間 : 時 分頃

起床時間 : 時 分頃

食事時間 :

朝食 時 分頃

昼食 時 分頃

夕食 時 分頃

入浴時間 : 時 分頃

入ってから出るまでの時間 (時間 分)

■ これまでにかかったご病気について教えてください。

時 期	病名・症状など	治療方法・薬など
歳頃		
歳頃		
歳頃		

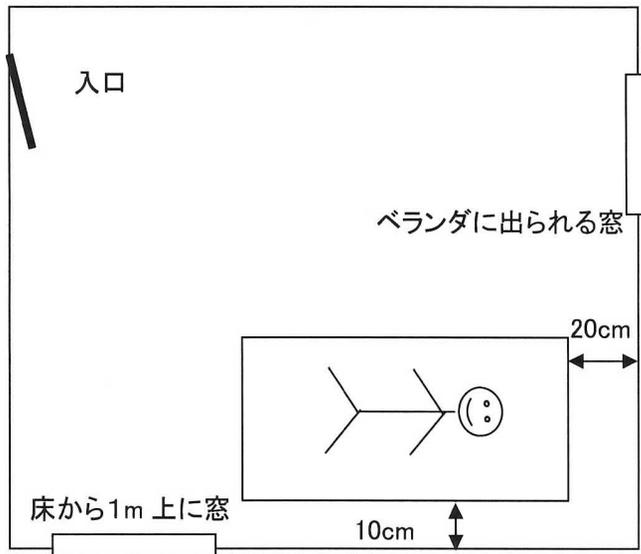
■ 寝室の環境について記載例を参考に教えてください。

ご協力ありがとうございました。

✿ 寝室の環境について

記載例を参考に、ご自身の寝室について教えてください

記載例：



窓の大きさ、位置
床からの高さを教えてください。

壁または窓からベッドや布団の距離
寝るときの頭の位置を教えてください。

初 診 受 診 票

フリガナ
●お名前

●性別 男性 ・ 女性

●生年月日

明治 大正 昭和 平成 年 月 日

●ご年齢 () 歳

●ご住所 〒 -

●電話番号 - -

●携帯電話 - -