

1	氏名	フリガナ	西暦 年 月 日生 () 歳
2	住所	道・府・県 市・町	性別 男 ・ 女 ・ その他
3	メールアドレス		電話番号 — —
4	職業・職種		紹介者 () インターネット ・ その他
	主訴	※詳しくは裏面で教えてください。	主訴以外に困っている症状 ※あれば
体調・生活について教えてください。			
1 睡眠	睡眠時間	就寝時間 時 頃～起床時間 時 頃	
	睡眠状態	寝つきが悪い・眠れない・浅い・夢が多い・トイレに起きる 目覚めやすい(その後すぐ眠れる・眠れない)・ 寝た気がしない・その他 ()	
2 食事	食欲	旺盛 ・ 普通 ・ ない / 食欲がすぐ無くなる はい ・ いいえ 間食 する・しない	
	食事内容	バランスよく ・ 肉 ・ 魚 ・ 野菜 ・ 炭水化物	
	嗜好品	酒・タバコ・おやつ・その他 ()	
3 二便	便	日に 回/性状 下痢 ・ 軟便 ・ 普通 ・ 硬	
	尿	尿量 多い ・ 少ない / 回数 多い ・ 少ない 飲水量 多い ・ 少ない ・ わからない	
4 体調	運動	座る時間が 多い ・ 少ない / 運動が 好き ・ 嫌い 定期的に行っている運動 () 過去のスポーツ歴 ()	
	既往歴	過去に大きな病気・手術・入院などありましたら教えてください。 1. () () 歳頃 2. () () 歳頃 3. () () 歳頃	
	通院・服薬	現在、通院中の病気がありましたら教えてください。 1. () / 服薬 あり ・ 無し 2. () / 服薬 あり ・ 無し	
	不定愁訴	よく起こる症状・困っている症状があれば教えてください。 肩こり・腰痛・頭痛・胃痛・咳・痰・喉痛・鼻閉・動悸・難聴 耳鳴り・めまい・しびれ・むくみ・息切れ・疲れ・のぼせ・ 冷え・不安・イライラ・その他 ()	
	顎関節	該当に○ 顎関節症・歯ぎしり・食いしばり・マウスピース使用	
	アレルギー	該当に○ 花粉 ・ 食品 ・ 薬品 ・ 金属 ・ その他	
	計測	血圧(高め・普通・低め) / 身長 cm / 体重 kg	BMI

＜主訴について詳しく教えてください＞

発症時期	年 月頃もしくは 歳頃	※鍼灸師記入欄
症状の詳細	特に気になること、困っていることなど教えてください。	
きっかけ 原因		
医師の受診	・していない ・した 診断結果（ ） 治療： 服薬 ・ 貼付薬 ・ 手術 ・ 何もしない（経過観察）	
病院以外の 治療	・していない ・した ※下記該当するものすべてに○をつけてください。 1) 鍼灸 2) 漢方薬 3) 接骨院・整骨院 4) その他（ ）	
改善・悪化 要因	症状が改善する要素に○をつけてください。 ・温める ・冷やす ・休む ・運動、活動 ・揉む ・その他（ ） 症状が悪化する要素に○をつけてください。 ・温める ・冷やす ・休む ・運動、活動 ・揉む ・その他（ ）	
白体図 C5 6 7 T1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 L1 2 3 4 5 S		舌：薄・濃・紫・白・紅・オレンジ 脈 右 浮・沈・巾有・無・力有・無 左 浮・沈・巾有・無・力有・無 ○