一般診療カルテ

初診日　　年　　月　　日

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　・　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

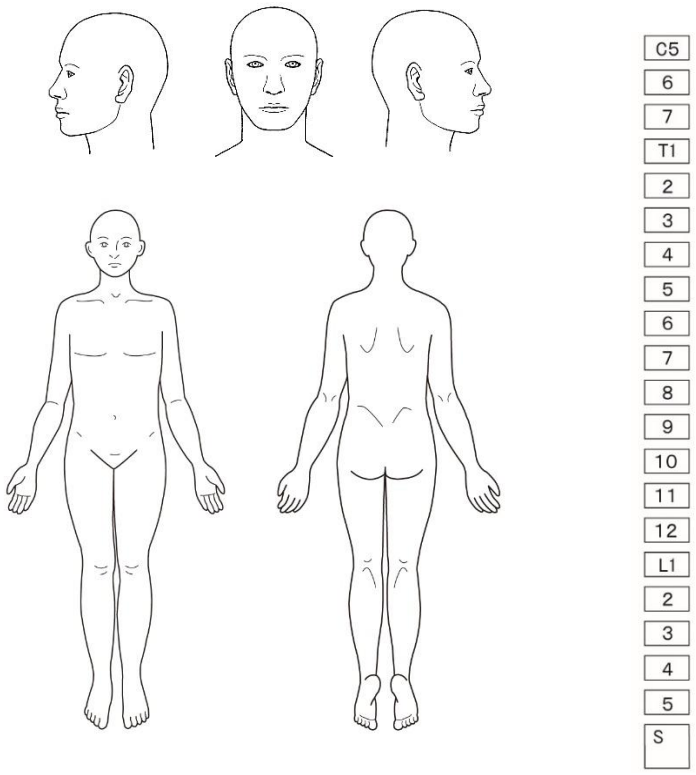
体調・生活について教えてください。

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 定期的にしている運動（　　） 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	

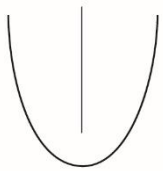
©桃の花針灸院　禁・商用利用

＜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<u>改善する</u>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<u>悪化する</u>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（　　）	

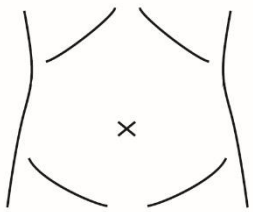


舌：薄・濃・紫・白・紅・オレンジ



脈 右 浮・沈・巾有・無・力有・無

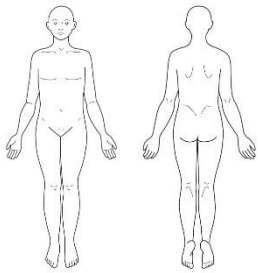
左 浮・沈・巾有・無・力有・無



©桃の花針灸院　禁・商用利用

氏名		特記事項
主訴		

初診日　　年　　月　　日



＜経過記録＞

／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		
／		

©桃の花針灸院　禁・商用利用

番号　　氏名　　カルテ NO.

	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診

©桃の花針灸院　禁・商用利用

番号　　氏名　　カルテ NO.

	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診
	月　日　診

©桃の花針灸院　禁・商用利用

番号　　氏名　　カルテ NO.

©桃の花針灸院　禁・商用利用