

予 診 表

初診 令和 年 月 日

お名前		男 ・ 女	既婚 未婚	大 昭 平	年 月 日生 (歳)
ご住所	〒			電話	
ご職業			身長	cm	体重 kg
主訴	一番治したい症状：				
症状	食欲	ある ない			
	睡眠	眠れる 眠れない			
	便通	1日 回 (硬・軟) 血液がまじる 便秘 しない・する (日 回) 下痢 しない・する (1日 回)			
	尿	多い 普通 少ない 近い 夜間 回			
	胃	胃がつかえる, 吐き気, 腹痛			
	せき	ある・ない	たん	ある・ない	
	のど	のどがかわく, 口がねばる, 口がにがい			
	鼻	鼻がつまる, 鼻水が出る, 鼻血が出る			
	胸	心臓や胸が重苦しい, 動悸, 息切れ			
	汗	汗をよくかく (どこに)・かかない			
	痛み	肩痛, 背痛, 腰痛, 膝痛, その他 ()			
	しびれ	手 (左・右), 足 (右・左)			
	冷え	手足, 腰, 背, 腹, その他 ()			
	むくみ	顔, 手, 足, その他 ()			
体質	寒がり 暑がり	冷え症	のぼせ症	風邪をひきやすい	
既往歴	今までにかかった主な病気：				
	現在、病院に通っていますか はい・いいえ 通院されている病院名 () 病名はなんですか () お飲みのお薬はなんですか ()				
	現在、ご自身でお飲みのお薬, 健康食品があればお書き下さい				
	秋山鍼灸院。をどのようにして知られましたか インターネット・人からの紹介・パンフレット・その他 () 紹介の方 () さまからの紹介				