予　診　表

ふりがな		性別　・男　・女 身長　　cm 体重　　kg		記入日	年　月　日
氏　名				紹介者	
生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日 生　（満　歳）　未婚・既婚				
住　所	〒 電話（　）　－				
緊急連絡先	【連絡先名】 電話（　）　－				
職　業	形態	・自営　・勤務　・主婦（専業・兼業）			
	業種	・飲食・製造・建設・不動産・販売・サービス・官庁・医療・その他（　）			
	職種	・管理職・営業職・技術職・製造職・販売職・一般事務・経理事務・その他（　） ・コンピュータ操作（あり・なし） ・（立ち・座り・歩く・考える・目を使う・手を使う・気を使う・その他）仕事			

１－①．本日、鍼灸治療をご希望されるにあたり、
痛いところ、つらいところ、気になることを教えて下さい。

１－②．この症状は、いつから始まりましたか？

１－③．この症状の原因として、何か思い当たることはありますか？

１－④．この症状に、時間的な変化はありますか？
(例：朝一番痛む、仕事をしていると痛くなる等)

１－⑤．この症状に天気、または季節の影響はありますか？
（例：雨の日に痛い、梅雨になると痛くなる等）

次のページにつづく

１－⑥ ．緩解・憎悪因子（これをすると余計に痛くなる、これをすると
痛みが楽になるというようなこと）はありますか？
(例：長時間歩くと痛くなる。お風呂に入ると楽になる等)

１－⑦．この症状に対して、今までに何か治療をされましたか？

２．鍼灸治療の経験はありますか？　・なし　・あり

３．常用している お薬はありますか？　・なし　・あり
ありの場合、薬名:

４．飲酒について　・なし　・あり
ありの場合、お酒の種類と１日の量は？
種類：　・酒　・ビール　・焼酎　・ワイン　・ウィスキー　・その他
量：

５．喫煙について　・なし　・あり
ありの場合、タバコの種類と１日の本数は？

６．お通じについて　・良　・便秘　・軟便気味
１日の回数は？

７．食欲について　・有　・無
好き嫌い、味付けの偏り等があればお書き下さい。

８．特別な嗜好品がありますか？
（例：コーヒー、紅茶、ダイエット食品等）

９．睡眠について　・睡眠時間は約　　時間
・就寝時間　　時頃　・起床時間　　時頃
・夢（　・よくみる　・時々　・あまりみない）

１０．その他、特異体質や治療の手助けになる事がございましたらお書き下さい。

ガイア針灸室
住　所　：大阪府 豊中市 蛍池東町１－６－７
電話番号　：（０６）６８５０－７８８９