

問 診 表

桂林堂鍼灸整体治療院

中医学（東洋医学）では病・症状を把握するために主訴以外のことも大切な情報となります。
お手数ですがご協力お願い致します。（記入したくないところは無理に記入しなくても大丈夫です。）

初診日： 年 月 日

頭文字	フリガナ		男・女	血液型	西暦／昭和・平成		
	氏名				年 月 日生（ 歳）		
住所	〒				電話		
職業				身長	cm	体重	kg
体重	変わらない・減っている（ カ月で kg）・増えている（ カ月で kg）						
当院をどの様にして知りましたか？ ・紹介（紹介者のお名前： ） ・スマホで検索（検索ワード： ） ・パソコンで検索（検索ワード： ） ・当院の前を通過って知った ・その他（ ）							
主な症状は？ いつから？ 思い当たるきっかけはありますか？							
上記の症状に関して病院での受診はされましたか？ はい・いいえ							
「はい」の方は何と言われましたか？							
症状は天候の変化に影響されますか？ されない・される							
症状は感情の変化に影響されますか？ されない・される							
その他訴えたいこと							
今までにかかった主な病気、けがはありますか？				現在服用している薬は？			
過去に鍼灸・吸玉（カッピング）・漢方の服用をしたことがありますか？ ある（鍼灸・吸玉・漢方）・ない							