

# 問 診 票

(ふりがな) (お名前)		(生年月日) T・S・H・R 年 月 日 (才)	
(ご住所)		(電話) (メール)	
要介護・支援	ケアマネ		

お分りになる範囲で記入、もしくは○で囲んでください。

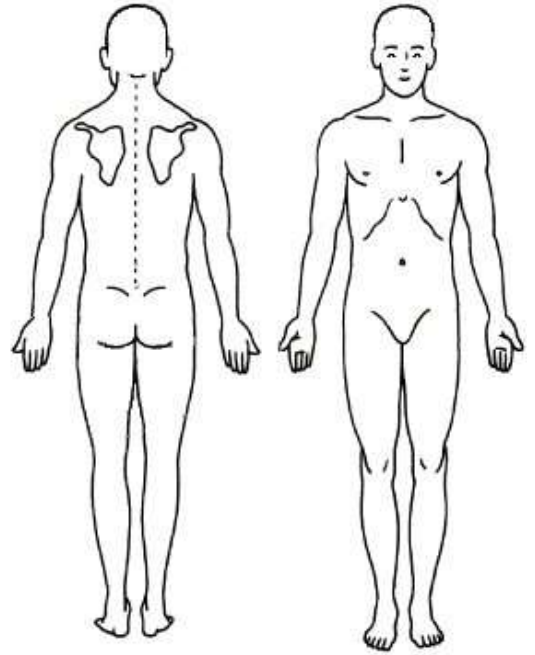
1. 現在お困りの内容を教えてください。

2. いつ頃から始まりましたか？

( 月 日 時頃から / 日前から)

3. 今までにかかったことのある病気、現在かかっている病気はありますか？

いいえ / はい 高血圧 糖尿病 高脂血症 喘息  
 心臓 脳 肺 消化器  
 肝臓 腎臓 泌尿器 リウマチ  
 その他 ( )



(つらいところに○をつけて下さい)

4. 今飲んでいる薬はありますか？

いいえ / はい ( )

5. アレルギーはありますか？

いいえ / はい ( )

6. 現在妊娠中ですか？(女性の方のみ、ご記入ください)

はい ( 週目 ) / いいえ (生理の状態：量・質・周期など )

7. 生活習慣について教えてください。

(睡眠) 時 から 時 質： (食事) 一日 食 好物：  
 (タバコ) 一日 本 (飲酒) 日・週・月に 合ほど  
 (お仕事内容・疲労感など)

9. はり灸、マッサージのご経験はありますか？

10. その他、ご不明な点、ご心配なことがありましたらお書きください。