

問診票

施術前

ふりがな

性別

男性 女性

お名前

生年月日

西暦 年 月 日 (歳)

電話番号

お仕事

携帯電話

PCメールアドレス

携帯メールアドレス

〒

ご住所

当院をどのように知りましたか

- 通りがかり 紹介(ご紹介者) メルマガ
インターネット:(ホームページ() 検索(キーワード:)
チラシ その他()

今までに大きな病気や
怪我があったらお書きください。

肉親に大きな病気や
気になることがあったらお書きください。

治療歴をお書き下さい(今までの治療法の経過をわかる範囲で結構です)
いつ頃から、どのような症状が起きましたか?
何病院で何病と言われましたか?

どのような症状がありますか?

- 睡眠 : 眠れない 眠りすぎる 夢をよく見る めざめやすい 寝た気がしない
頭痛 : 頭が重い 何かかぶった感じ めまい 立ちくらみ
食欲 : 旺盛 普通 ない 間食(する しない) 便通 : 一日に 回(硬 軟 下痢)
胃 : 胃がつかえる 胸やけ げっぷ 吐き気 嘔吐 腹痛(上腹 わき 下腹)
せき : 多い 少ない ゼイゼイいう せきこむ 鼻 : 鼻がつまる 鼻水が出る 鼻出血
たん : 多い 少ない 切れにくい 水のようにアワがある ほとんど出ない
のど : のどが乾く 口が渇く 口が粘る 薄い唾液が多い 口がにがしい
胸 : 心臓や胸が重苦しい 動悸 息切れ 冷え : 手足 腰 背 腹
尿 : 多い 少ない 近い 夜間 回
月経 : 順調 不順 無い(月前から)
こり : くび 肩 背 腰痛 背痛
しびれ : 右腕 左腕 右脚 左脚 の前 外 内
その他 : 疲れやすい 運動障害() 耳鳴り 難聴 手足がむくむ()

一番つらい症状はなんですか

体質 : 寒がり 暑がり 冷え性 のぼせ症 かぜを引きやすい 下痢しやすい 便秘しやすい
嗜好 : 酒(ビール1日 本、酒 本) 煙草(1日 本) 甘味 塩け 油物 肉 魚 野菜 果!

この問診票はカルテの元になり、みなさまを施術する際の参考にさせていただき、お知らせを電子メールや郵便で送付する際に使用させていただきます。また、特にご本人様からの許可がない限り、第三者への情報開示は致しません。

生理

生理周期： 日（今日は 日目）

生理周期不規則の方： 日～ 日、 か月に1回、 その他()

月経量： 多い やや多い ふつう やや少ない 少ない

経血の色： 赤い 赤黒い 黒っぽい レバーの状態 薄い

生理痛： とても痛む やや痛む あまりない 全くない

基礎体温

高温期： 日 平均 °C 低温期： 日 平均 °C

2相に分かれてる 2相に分かれてない バラバラ

病院での検査について教えてください。

血液検査

卵巣機能不全 PCOS 高プロラクチン血症 黄体機能不全

甲状腺機能

卵管造影検査： 異常あり 異常なし

卵管癒着： あり(右、左) なし

クラミジア感染： あり なし

子宮筋腫： あり なし

子宮内膜症： あり なし

子宮腺筋症： あり なし

その他：

フナーテスト： 異常なし 異常あり

精液検査： 異常なし 異常あり

婦人科などでの治療歴を教えてください。