

市ヶ谷オレンジ治療院 問診表

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日 (歳)		
住 所	〒		
電話番号	(自宅 職場 携帯)		

お仕事、家事、学業などの日常生活

立ち姿勢: 約 時間/日	座り姿勢: 約 時間/日	歩行: 約 時間/日
パソコン作業・デスクワーク: 約 時間/日	学生・勉強時間: 約 時間/日	
その他:		
スポーツ・部活・趣味() 週 回 / 時間程度		

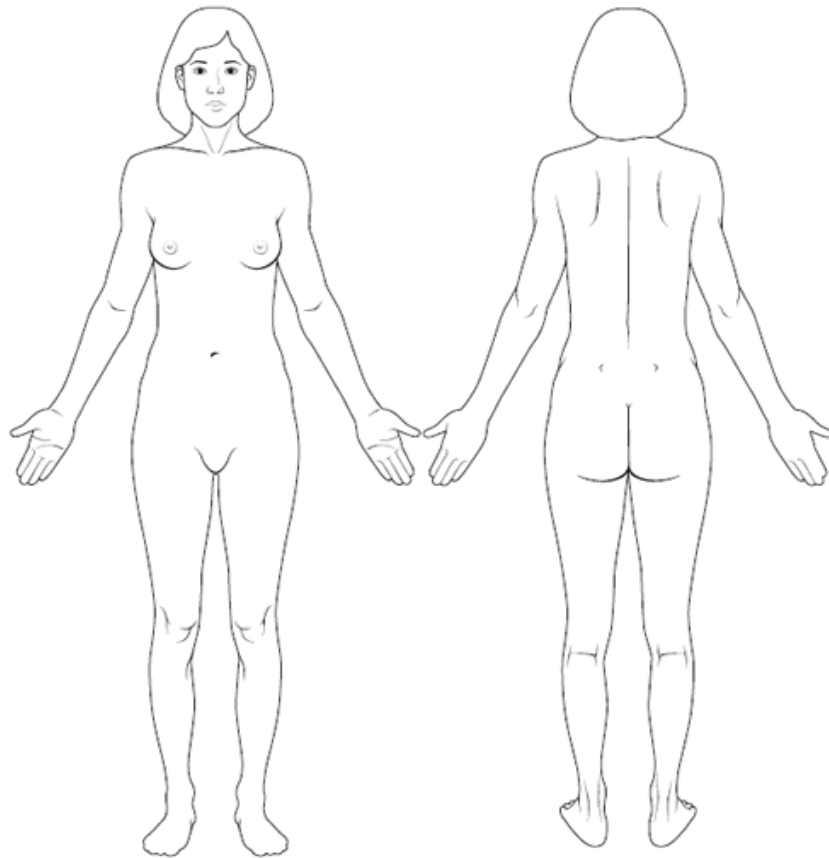
ご来院のきっかけは、何ですか？(当てはまるもの全てお答えください)

<input type="checkbox"/> 1階の看板	<input type="checkbox"/> ご自宅・オフィスに届いたチラシ	<input type="checkbox"/> インターネット
<input type="checkbox"/> 駅のポスター	<input type="checkbox"/> ご友人・ご家族のご紹介(様)	<input type="checkbox"/> その他()

以下は全て治療に関わる項目となります。出来る限り詳しくご記入下さい。

1. どのような症状でお悩みですか？
2. その症状は、いつ頃からですか？
3. その症状が出るきっかけに心当たりがあれば教えて下さい。

4. 症状が出ている部分に○をつけて下さい。



5. 発汗について教えてください。

多い 普通 少ない

6. 睡眠について教えてください。

睡眠時間・・・() 時間程度
 よく眠れる あまりよく眠れない 夢を良く見る

7. 便通について教えてください。

特に問題なし どちらかという便秘傾向 どちらかという下痢傾向

8. 尿について教えてください。

回数・・・一日 () 回程度

9. 思い当たる症状があればチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> イライラして怒りっぽい	<input type="checkbox"/> のぼせやすい	<input type="checkbox"/> 目が疲れやすい
<input type="checkbox"/> ちょっとしたことでも不安になる	<input type="checkbox"/> 動悸や息切れがする	
<input type="checkbox"/> 食欲過多	<input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い	<input type="checkbox"/> 甘いものがすき
<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい	<input type="checkbox"/> 季節の変わり目に弱い
<input type="checkbox"/> 耳鳴り、めまいを感じる	<input type="checkbox"/> トイレが近い	<input type="checkbox"/> 足腰がだるい
<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> 冷え性である	

