ふりがな	女・男	初診　H　　年　　月　　日
お名前　　様	誕生日　大　昭　平　　年　　月　　日生 （西暦　　年）　　（　　歳）	
ご住所　〒	ご紹介者	
お電話（自宅・携帯）　　mail		

○　おつらい症状（ できるだけ具体的にご記入ください ）

○　ご　病　歴

今までにかかった大きなご病気は？　（　　歳　　）（　　歳　　）

現在病院に通われていますか？　（　いいえ・　はい　　病院　　科）

ご両親がかかった大きなご病気は？　（　　）

はり灸は初めてですか？　（　いいえ・　はい　　頻繁に利用・たまに利用　）

○　基本生活（ 思い当たる点に○を、空欄には数字をご記入ください ）

睡眠	時間（ 夜___時 ～ 朝___時まで　　合計____時間 ）（ 睡眠時間に満足　yes　no ） ぐっすり眠れる　　普通に眠れる　　眠りが浅い　　全く眠れない すぐ眠りに就けない　　夜中に目が覚める　　朝起きづらい　　夢をよく見る
食事	食　欲（ 旺盛　普通　ない ）　　間　食（ 毎日する　　ときどき　　しない ） 回数（　　回／１日 ）量（ 腹いっぱい　　腹にちょうど　　腹８分目　　腹５分目） 好みの味付け（　酸っぱい　　苦い　　甘い　　辛い　　塩辛い　）
便通	回 数（ 毎日　　1～2 日に１回　　便秘ぎみ ）　硬 さ（ 硬い　　普通　　軟便　　下痢 ） 色 目（　黒　茶　黄　緑　白　）　太 さ（　太い　　普通　　細い　）　すっきりしない

○　その他、気になる症状（ 思い当たる症状に○をつけてください ）

月経（順調　不順　なし）	汗をよくかく（場所　　）	胃（ つかえる　げっぷ ）
イライラしやすい	動 悸　　息切れ	吐き気　嘔吐　腹痛
最後までしないと気が済まない	興奮しやすい	考え事が多い　　くよくよ悩む
咳がでる　　鼻水が出る	尿の回数　（　　回／１日 ）	寒がり　暑がり　のどが乾く
鼻が詰まる	尿 量（ 多い　普　少ない ）	冷え　　のぼせ　むくみ
心配事が多い	尿の色（黄色　普　白 ）	ご職業　｛ 管理者　事務
悲しくなることが多い	耳鳴り　　難 聴	接客　肉体労働　主婦
	恐がりやすい　驚きやすい	学生　無職　他（　　）｝

身長（　　cm）体重（　　kg）体温（　　℃）血圧（　　～　　mmHg）

血液検査（　　）薬・サプリの服用（　　）

酒（種類　　・　　ml ／日）　たばこ（　　本／日）　スポーツ（　　）