**【難病研究】泉堂鍼灸院　問診票**

**初診年月日 　　令和　　年　　月　　　日**

**（ふりがな）**

**御名前**

**生年月日**　　大正・昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日生

**住所 〒**

**電話番号**

**当院を何で知りましたか？**

紹介者　 　　　　　　　　　　　　　様

ホームページ　検索ワードは？（例：横浜鍼灸等）

看板　　その他

**現病歴（いつごろから、どのような症状が起きましたか？）**

*悪いところに○をして下さい。*

**病院ではどのような診断を受けましたか？**

**今までの治療法は？　薬、鍼灸、その他**

**これまでにかかった主な病気、けが**

**肝炎などの感染症にかかったことがない　ある　　（ 　A 　 B 　C　 E その他　　　　）**

**睡眠      眠りが浅い　   寝つきが悪い  　 夢多い・目覚めやすい   　熟睡感がない　　　食欲　　　旺盛　　普通　　無い**

**便通　　　1日回　　　硬　　軟　　下痢**

**尿　　　　多い　　少ない　　夜間頻尿**

**こり・痛み　　　頭痛　くび、肩、背　　　腰痛　　　背痛**

**冷え　　　手足　足腰**

**鼻　　　　鼻炎がある　　鼻詰まり　　鼻水**

**のど　　　喉が痛い　イガイガする　　のどがかわく　　口が粘る　口が苦い**

**胸　　　　胸が重苦しい　動悸　　息切れ**

**せき・たん　　 多い　　 ゼイゼイいう　　痰が出る　　痰に血が混じる**

**胃　　　　胃が痛い　胃が重い　　胸やけ　　げっぷ　吐き気 　嘔吐**

**月経　　　不調　　無い（　　　月前から）　　生理痛有り**

**婦人科　　おりもの多し　　不正出血有り　　　排卵障害有り**

**その他　　耳鳴り　　難聴　　手足にむくみが出る　　不正な出血・下血**

**体質　　　　冷え性　　のぼせ症　　　かぜをひきやすい　　疲れやすい**

**嗜好　　　酒（ビール1日　　本、酒1日合）　　たばこ（1日本）**

**普段服用しているお薬（漢方薬・サプリメントも含めて）**

****

**どうもありがとうございました。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　泉堂鍼灸院**

0801