

鍼灸治療院

初診 年 月 日

フリガナ	
お名前	年齢 年 月 日 生 歳
〒	—
住所	
職業	電話
メールアドレス	@
紹介者	様 / HP / 雑誌 () / その他

健康状態

現在、お悩みの症状 ()

現在、体調はいいですか？ (好調・普通・不調)

現在の不調箇所は？ (疲れやすい・胃腸の調子が悪い・貧血気味・肩こり・腰痛・頭痛・眼精疲労・その他)

体質 (冷え性・汗かき・敏感肌・糖尿・不眠症・低血圧・花粉症・高血圧)

便秘 (する・しない 回 / 日)

現在生理中 (はい・いいえ 生理は・順調・不順 生理痛 有・無 次回生理予定日 曜日)

常用健康食品 サプリメントなど ()

現在治療中 (交通事故・怪我・心臓・胃腸・婦人系・呼吸器系・歯科・その他)

既往歴 (顎関節症・子宮筋腫・子宮内膜症・喘息・その他 _____ ヶ月前)

常用医薬品 (頭痛薬・便秘薬・睡眠薬・精神安定剤・ホルモン剤・ビル・その他)

化粧品かぶれの経験は ない・ある (_____ ヶ月前)

アレルギー (ない・ある 光・金属・植物・薬・動物・ほこり・その他)

ステロイド剤の使用経験 (ない・ある・ _____ ヶ月前) コンタクトレンズの使用 (ない・ある)

生活

職場環境 (PC 使用 時間) (冷房が強い・乾燥している) 座り仕事・立ち仕事・移動が多い

睡眠時間 (平均 時間 / 日) 寝つきが悪い・夢が多い・歯軋りが多い・起床時に身体がだるい

入浴 シャワーのみ・浴槽につかる 約 分

スポーツ 定期的な運動をしている・ジムに通っている・散歩・ジョギング・その他 なし)

食生活

食事 (規則正しい・不規則) 間食 (ある・ない)

好きな食べ物 (肉・魚・野菜・海藻・白米・パン・麺・お菓子・ケーキ・アイス・)

味付け (甘い・辛い・塩辛い・苦い・酸っぱい・油多い・薄味・)

嫌いなのも (甘い・辛い・塩辛い・苦い・酸っぱい・油多い・薄味・)

嗜好品 (タバコ・本 / 日 アルコール / 週 コーヒー 杯 / 日 紅茶 杯 / 日)

現在、食事制限をおこなっていますか？ (はい・いいえ)

肌質

気になる肌トラブル (ニキビ・ニキビあと・しわ・しみ・乾燥・毛穴の開き・たるみ・赤ら顔・くま・むくみ)

キメが粗い・化粧崩れ・血色が悪い・その他)

スキンケア 朝 (化粧水・乳液・美容液・日焼け止め・その他)

夜 (オイルクレンジング・ミルククレンジング・化粧水・乳液・美容液・アイクリーム・その他)

刺激や熱などで肌に赤みや痒みが出たことはありますか？ (ない・ある)

ケミカルピーリングまたは剥離用スクラブの使用はありますか？ (ない・ある)

日前)

マッサージ (しない・時々・週に 回) バック (しない・時々・週に 回)

※ 上記以外で気になることや希望がありましたらご記入下さい。

※ 鍼灸治療の場合は、治療にかける施術時間と鍼灸の効果は必ずしも比例しません。治癒のスピードは個人差があります。

※ これらの疾患の改善、完治を必ずしもお約束するものではありません。東洋医学の見地から、心身ともに全身治療を行うことと、患者様自身の生活を見直していくことで、本来の生きる力を取り戻していきます。