

問診シート

ここにお書き頂く事柄は、診断をする基本となるものであり、皆さんにより良い治療を提供する為の手助けとなるものです。
できる限り正確にお書き下さい。 《 ここにお書き頂いた事柄については、秘密を厳守致します 》

氏名		生年月日	年 月 日	電話	— —
住所	〒				

◇ あなたの主訴（一番つらい症状）をお書き下さい。（いつから、どこがどのようにすると痛いかな？）

.....

.....

.....

◇ お医者さんにはかかりましたか？ なんと診断されましたか？

.....

.....

◇ 今までにかかった病気（手術あるいは事故なども）をお書き下さい。 ※年齢もお書き下さい。

.....

.....

.....

.....

◇ 出生時に何か問題はありましたか？

.....

.....

◇ あなたの肉親がかかったおもな病気を全てお書き下さい。

例) 糖尿病、心臓病、高血圧、神経の病気、心理的疾患、血流障害、整形外科などの疾患

.....

.....

.....

◇ あなたが服用されている薬（ハーブ、漢方、ビタミン・ミネラルも含む）を全てお書き下さい。

.....

.....

◇ 傷痕はありますか？

全ての手術痕、あるいは傷痕（どんな小さなものでも）の位置をお書き下さい。

.....

.....

この問診シートをご記入の上、ご持参いただくと初診料を 1000 円割引いたします。

はり・灸 松野治療室 TEL 045 - 894 - 5115