

# はり・きゅう治療問診用紙

氏名 <small>しめい</small>	年齢	歳	性別
身長	体重		職業

◎ はり治療をどのようにして知りましたか？

- ・知人の紹介・先生からの紹介 ( ) ・他院からの紹介 ( )
- ・その他 : ( )

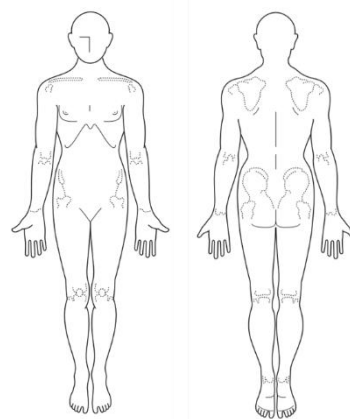
1. はり治療の経験はありますか？

はい → いつ頃・どこで ( )

いいえ

2. 今回の辛い症状について教えてください.

① どこが(何が)一番つらいですか？(右の図で示して下さい)



② 始まり方は突然でしたか？それとも徐々にでしたか？

突然に・徐々に

③ どのくらい前(いつ頃)から起こりましたか？

1週間以内・1ヶ月以内・3ヶ月以内・6ヶ月以内・1年以内・1年以上・5年以上

④ 今回の症状で受けた病院・医院・治療院の名前とそこでの診断, 検査, 治療内容を書いて下さい.

医院名 :

診断名 :

検査 : 血液・尿・レントゲン・CT・MRI・エコー・その他 ( )

治療内容 : 手術・薬物療法(飲み薬など)・注射・牽引・その他の理学療法 ( )

⑤ 今までにかかったことがあるものを○で囲んで下さい.

けが・病気・交通事故・手術・その他

詳しく教えてください. ( )

⑥ 今, お飲みになっているお薬はありますか？

ない・ある ※ある場合には, お薬の名前を書いて下さい.

⑦ 今までにアレルギーを起こした事がありますか？(薬剤・飲食物・金属・アルコールなど)

ない・ある ※ある場合にはなにでどのような症状が出ましたか？

⑧ 今回の症状の強さはどのくらいか, 下の線上であてはまる位置に×印を付けて下さい.

全くつらくない

今までで最もつらい

0 \_\_\_\_\_ 10

ご協力ありがとうございました. もうしばらくお待ちください. また, ご気分が悪くなられた方は, お近くのスタッフに申し出てください.