

# 予診票

年 月 日

※本フォームのクリーム色の部分にご記入をお願いいたします。

ご氏名	様	性別	
生年月日	年 月 日	ご職業	
お住まいの地域	都 道 府 県	市 区 町 村	
電話番号		Eメール	

ここまでは必須記入項目です。

以下、分かる範囲でけっこうですので、ご記入をお願いいたします。

身長	cm	体重	kg
最近6か月で体重が変わった場合、以前の体重			kg

1 今回受診される主な症状はなんですか？

--

2 その症状はいつ頃から続いていますか？

か月前から
-------

3 現在、その症状を病院で治療中の場合は以下ご記入ください。

受診時期	年 月	から
病院名		病院・診療所
科名		科
主治医の名前		医師

4 その症状との関連で飲み薬や注射・点滴の治療を受けている場合は以下ご記入ください。

薬名	(分かる場合は薬の名前を、分からない場合は「飲んでいる」とだけご記入ください)
漢方薬	(分かる場合は薬の名前を、分からない場合は「飲んでいる」とだけご記入ください)

5 次の病気と言われたことがありますか？ 該当するものがありましたら○をご記入ください。(複数可)

<input type="checkbox"/>	胃潰瘍	<input type="checkbox"/>	糖尿病	<input type="checkbox"/>	肝臓病	<input type="checkbox"/>	腎臓病	<input type="checkbox"/>	心臓病
<input type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	結核	<input type="checkbox"/>	血液疾患	<input type="checkbox"/>	網膜症	<input type="checkbox"/>	神経症
<input type="checkbox"/>	リウマチ	<input type="checkbox"/>	甲状腺	<input type="checkbox"/>	膠原病	<input type="checkbox"/>	脳卒中	<input type="checkbox"/>	その他

(裏面もご記入ください)

## 予診票

6 上記5でチェックされた病気との関連で現在も飲み薬や注射・点滴の治療を受けている場合は以下ご記入ください。

薬名	(分かる場合は薬の名前を、分からない場合は「飲んでいる」とだけご記入ください)
漢方薬	(分かる場合は薬の名前を、分からない場合は「飲んでいる」とだけご記入ください)

7 輸血をされたことがありますか？該当する方に○や年をご記入ください。

はい		いいえ	
はいの場合、いつ頃ですか？			年

8 ご家族や血縁の方に次のような病気がある場合は○をご記入ください。(複数可)

	がん		高血圧		糖尿病		肝炎
	心臓病		喘息		脳卒中		その他

9 飲酒について、該当するところに○をご記入ください。

	毎日飲む		まったく飲まない		機会あれば飲む
毎日飲む方におうかがいします。なにを飲みますか？(複数可)					
	ビール		日本酒		焼酎
				ワイン	ウイスキー

10 喫煙について、該当するところに○や本数をご記入ください。

	吸わない		吸う 一日に		本
			以前、吸っていた 一日に		本

11 アレルギーについて、該当するところに○や原因物質をご記入ください。(複数可)

	喘息		花粉症
	食物アレルギー		なにで出ますか？
	金属アレルギー		なにで出ますか？

12 今までに薬を飲んで、じんましんになったりアレルギーを起こしたことがある場合は薬の名前をご記入ください。

--

13 今までに、内服薬や注射で気分が悪くなったことがありますか？該当する方に○をご記入ください。

はい		いいえ	
----	--	-----	--

ご記入ありがとうございます。

bodytune 鍼灸マッサージ院

(裏面もご記入ください)