

# 初診 ・ 再診

年 月 日 カルテNo.

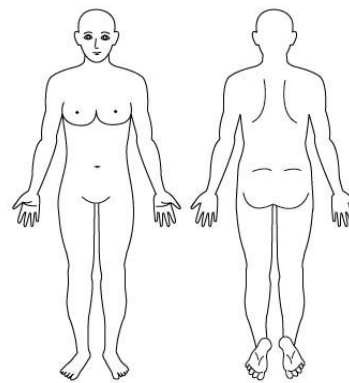
ふりがな		年齢	職業	身長	体重
お名前					
生年月日	年 月 日	才		cm	kg
ご住所	〒 -				
ご連絡のつく電話番号	自宅 会社 - -		携帯電話 - -		
受診した理由					
症状の経過 いつから始まり、 どのような状態か					
家族の状況	未婚 結婚後( )年 別居 離婚 死別 子供( )人				
	父 ( )才	健康・病気(病名)		)・死亡(病名)	
	母 ( )才	健康・病気(病名)		)・死亡(病名)	
	配偶者 ( )才	健康・病気(病名)		)・死亡(病名)	
	兄弟の数 ( )人				
今までにかかった 大きな病気やケガ	ない ・ ある(病名・ケガ / 何才頃)				
	手術:ない・ある( ) 事故:ない・ある( ) 輸血:ない・ある				
アレルギー	薬:ない・ある( ) 食べ物:ない・ある( ) その他:ない・ある( )				
通院中の 他の診療施設	ない ・ ある(病院名・診療科)		薬: ない ・ ある(名称)		
今までに 服用した漢方薬	ない ・ ある(病院名・薬局名)		名称 粉薬・錠剤: 煎じ薬:		
今までの鍼灸治療	ない ・ ある(施設名)				
現在の状態	<食欲> よい ・ ふつう ・ ない				
	<睡眠> よい ・ 寝つきが悪い ・ 途中で目が覚める ・ 眠りが浅い ・ 嫌な夢をよくみる				
	<大便> ( )日に( )回位 / 硬い・普通・軟い・下痢・出にくい 痔がある 下剤服用 ない・ある(名称: )				
	<小便> 1日に( )回位 夜間に( )回位 排尿困難 排尿痛 尿がもれる				
月経の状況	初経( )才 閉経( )才 最終月経( 月 日)				
	順調 ・ 不順 月経周期( )日 出血期間( )日 出血量(多い・普通・少ない)				
	月経痛 ない・ある( ~ 日間) 鎮痛剤使用 ない・ある(名称: ) 月経中・前・後の症状 ない・ある(むくみ・疼痛・落ち込み・イライラ) 排卵痛 帯下				
出産について	妊娠の可能性( ない ・ ある) 分娩( )回 自然流産( )回 人工流産( )回				

裏面もご記入下さい→

当てはまるものを○  
特にひどいものを◎で囲んでください

疲れやすい 気分が憂鬱になる もの忘れをする イライラする 汗をかきやすい 寝汗をかく  
頭痛 頭重 頭鳴 耳鳴 難聴 めまい のぼせる 立ちくらみ  
視力低下 目が疲れる 目がかすむ 目がショボショボする クマがしやすい  
くしゃみ 鼻汁 鼻汁がでる 鼻汁ののどにおりる 鼻づまり 鼻血  
のどが痛む のどがつかえる のどが渴く 水分をよくとる 口のなかが乾燥する 唇が乾く  
咳 痰 喘鳴 息切れ 動悸 胸痛  
口が苦い 生唾がでる ゲップ 胸やけ みぞおちがつかえる 嘔気 嘔吐 乗り物酔い  
腹痛 腹が張る 腹が鳴る ガスがよく出る 性欲の減退  
爪がもろい 髪が抜けやすい 皮膚がカサカサする 皮膚のかゆみ しもやけができる  
足に力がはまらない 足がふらつく 手がこわばる

こる (首 肩 背中 腰 その他)  
痛む (手 足 肩 膝 腰 その他)  
しびれる (手 足 その他 )  
ふるえる (手 足 その他 )  
冷える (手 足 腰 全身 その他)  
ほてる (顔 手 足 その他)  
むくみ (顔 手 足 その他)  
その他、気になる症状があればお書き下さい



症状のあるところを上図に示してください

好きな飲食物	甘いもの・塩辛いもの・辛いもの・酸っぱいもの・油っこいもの・冷たいもの・温かいもの 肉(牛・豚・鶏)・魚(焼・煮・刺身)・野菜(生・温)・海藻・卵・乳製品 果物・菓子・炭酸飲料
嗜好品	<p>&lt;酒&gt; 頻度: 毎日・週( )日・月( )日・付き合い程度・全く飲まない 量: ( ) 種類: 日本酒・ビール・ウイスキー・その他( )</p> <p>&lt;タバコ&gt; 吸わない・吸っていたことがある( 才～ 才)・吸っている( 才～) 本数: 1日( )本</p> <p>&lt;お茶等&gt;種類: コーヒー・紅茶・日本茶・その他( )・全く飲まない 量: 1日( )杯</p>
当院受診のきっかけ(いくらでも)	自宅から近い 勤務先から近い 知人・家族の紹介(紹介者: ) 新聞・雑誌・本でみて(名称: ) テレビ・ラジオで知って(番組名: ) インターネット( ) 講演会(名称: ) その他( )