

マロン鍼灸院 初診受付書

初診日 年 月 日

フリガナ 氏名 (男・女)	自宅TEL () - 携帯TEL () - 緊急連絡先 () - PCメールアドレス @
生年月日 大・昭・平 年 月 日 才	携帯メールアドレス @
住所 〒 -	職業 役職
	当院はどのような方法でお知りになりましたか？ 看板を見て・ホームページ（当院・その他： ） 紹介（ 様）・その他（ ）
お知らせのe-mailなどをお送りすることがございますがよろしいですか？（ はい ・ いいえ ・ どちらでもよい ）	
今、一番つらい(痛み・不安など)症状について どこが？ いつから？ どのように？（急に・徐々に・わからない） つらさ(痛み・不安など)の程度は？ 耐え難い かなり けっこう すこし つらくない つらい時期は？（朝・昼・夕方・深夜） （イライラした時・気持ちの沈んだ時・常に・一定しない） （春・夏・秋・冬・梅雨・季節の変わり目・冷房で・暖房で） 思い当たる発症のきっかけ	交通事故・外科的手術などの経験はありますか？ 部位 いつ頃 大きな病気の経験はありますか？ 病名 いつ頃 アレルギーはありますか？（ はい ・ いいえ ） 肉親で遺伝的な病気の傾向がありましたらお書きください。
現症状で他院の治療を受けた事がありますか？ 施設名 診断名 治療内容 薬・鍼灸・マッサージ・その他（ ） 症状は 1)改善された 2)少し改善 3)改善なし	薬・漢方薬を服用していますか？（ はい ・ いいえ ） 薬名 効能 嗜好品について お酒(週に 回位) 煙草(一日 本位)

次の症状で悩まれた事がありますか？ 現在あるものに○、過去にあったものに×を()内に記入してください。

() 目、耳、鼻の病気 視力[左][右]	() 呼吸器系 [肺]
() 歯、顎関節の病気	() 循環器系 [心臓・血管] [血圧 ~]
() めまい、耳鳴り	() 消化器系 [胃・腸・肝臓・胆嚢]
() 頭痛	() 内分泌系 [膵臓]
() むちうち	() 泌尿器系 [腎臓・膀胱]
() 首や肩のこりや痛み	() 皮膚科系
() 上肢の痛みやしびれ [腕・肘・手・指]	() 婦人科系 [生理痛・不順] 出産経験[有・無]__回
() 背中へのこりや痛み	() 冷え
() 腰痛	() 慢性疲労
() 下肢の痛みやしびれ [股関節・大腿・膝・足・指]	() 不眠、不安
() 自律神経失調症	() その他

その他、伝えたいこと・聞きたいことなどがありましたら、何でもお書きください。