

# ハーツトリートメントスペース問診表

初診日 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_様

ご紹介者： \_\_\_\_\_様

ご住所： 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

お電話：（ご自宅） \_\_\_\_\_（携帯） \_\_\_\_\_

e-mail：（携帯可） \_\_\_\_\_

生年月日：（大・昭・平） \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 干支： \_\_\_\_\_

ご職業： \_\_\_\_\_

治療経験：（鍼灸 マッサージ 整体 その他）

■一番辛い症状をお書きください。

a. それはいつからですか。

b. aについて、病院で検査を受けましたか。（ はい ・ いいえ ）

c. その結果、何と診断されましたか。

■治療はどのようなものでしたか。

1. 投薬（薬の種類 \_\_\_\_\_）

2. 理学療法

3. リハビリ

4. 安静 5. 観察 6. カウンセリング

7. その他（ \_\_\_\_\_）

■現在あなたがお持ちの症状や病気、徴候を○で囲んで下さい。

\* こり・痛み（肩 首 背中）

\* 頭痛（右・左側頭部痛 後頭痛 前頭痛 全体痛）

\* 関節痛（肘 手首 膝 その他 \_\_\_\_\_）

\* 腰痛（右 左 真中）

\* シビレ（場所 \_\_\_\_\_）

\* 生理痛（下腹部 腰 他） 生理不順（遅 早 無 不正出血）

生理前症候群 生理前・中の感情の高まり

\* 冷え性（手 足 腰 その他 \_\_\_\_\_）

- \* 不眠（入眠困難 夜中・明け方に覚醒）
  - \* 動悸 息切れ めまい ふらつき 胸部痛 胸部圧迫感  
顔面の紅潮 冷や汗 貧血 低血圧 高血圧
  - \* 肌荒れ（アレルギー アトピー）肌のかゆみ 外陰炎
  - \* イボ たこ 魚の目 ひび割れ
  - \* 胃の痛み（食前 食間 食後 夜間 その他）・胃炎 胃潰瘍 胃ポリープ 膵炎  
胸やけ もたれ 食欲不振 便秘（時々／常習）
  - \* 腹膜炎 過敏性大腸症候群 慢性大腸症候群
  - \* むくみ（顔 手 脚）
  - \* 甲状腺の異常（低下／亢進／腫瘍／炎症／その他）
  - \* 糖尿病 低血糖 夜間の足のツレ
  - \* 眼の疲れ（ドライアイ 充血 痛み かすみ かゆみ）
  - \* 気管支炎 喘息 喘鳴 風邪をひきやすい アレルギー
  - \* 免疫系の異常 リウマチ 脱毛症 クローン病
  - \* 聴力障害（左／右） 耳下腺炎
  - \* 鼻汁 鼻づまり 副鼻腔炎
  - \* 咽頭痛（のどの痛み） のどのかゆみ
  - \* 歯痛 歯周炎 歯茎出血 口内炎 顎関節症
  - \* 慢性疲労 集中力の欠如異常な発汗 感情的な問題（怒りっぽい 鬱的 心配症）
- その他にも気になっている症状がありましたらお書き下さい。

■未婚 既婚 その他

■出産（ 人 うち帝王切開 人）

\* 流産（ 回）

\* 中絶（ 回）

■平均睡眠時間 約\_\_\_時間／日

■あなたが服用されている薬（ミネラル・ビタミン等も含む）をすべてお書き下さい。

■ケガによるキズ痕（跡）、手術によるキズ痕（跡）はありますか。すべての傷あと（小さいものも）の位置を記入して下さい。

■交通事故（それに類する事故）の経験がありますか。（その時に症状が出なかった場合でもお書き下さい）