・**身長**〔　　〕ｃｍ　　・**体重**〔　　〕ｋｇ
・**血圧**〔　　〕～〔　　〕mmHgくらい

・**過去に経験した主な病気とケガはありますか？**　入院経験は（　　）回
〔　　〕（　　）才頃　（通院・入院）　期間は（　　週・月・年）
〔　　〕（　　）才頃　（通院・入院）　期間は（　　週・月・年）
〔　　〕（　　）才頃　（通院・入院）　期間は（　　週・月・年）
〔　　〕（　　）才頃　（通院・入院）　期間は（　　週・月・年）

・**現在、病気やケガで通院中ですか？**　（はい・いいえ）
その内容をお書き下さい。
病　名：
病院名（主治医）：
治療内容：

・**現在、服用中の薬はありますか？**　（はい・いいえ）
そのお薬をお書き下さい。

・**アレルギーはありますか？**　（はい・いいえ）
その内容をお書き下さい。

・**肉親で、遺伝的な病気の傾向が有りましたらお書き下さい。**

日常の生活についてお聞きします。

①平均的な時間は？　起床（　時　分ごろ）　就寝（　時　分ごろ）
朝食（　時　分ごろ）　昼食（　時　分ごろ）　夕食（　時　分ごろ）

②食事は１日３回きちんと摂っていますか？　（はい・いいえ）

③勤務時間は？　（　　時～　　時）　１日の平均残業（　時間くらい）

④通勤・通学は？　（電車・バス・車・自転車・徒歩・その他（　　））で、（約　時間　分）

⑤お休みは？（例：土・日が休み）　（　　）

⑥お仕事の内容は？　（　　）

⑦日頃どんな運動をしていますか？　（　　）

嗜好についてお聞きします。

①タバコは？　（すわない・すう【一日　　本くらい】）

②アルコールは？（飲まない・飲む【週に　　回くらい】）
主に…　日本酒・ビール・ウイスキー・ワイン・その他（　　）

③好んで食べるものは？
（甘いもの・しょっぱいもの・すっぱいもの・辛いもの・脂っこいもの・その他（　　））

今回の症状に限らず、これまでに受けられた事がある治療に、○を付けて下さい。

①病院（医院）　②鍼　③灸　④マッサージ　⑤あん摩　⑥指圧
⑦整体　⑧カイロプラクティック　⑨その他（　　）