

## 鍼灸治療 問診票・同意書

日付： 20 年 月 日 No. \_\_\_\_\_

氏名	フリガナ .....	性別	男・女	鍼灸経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年齢	歳
住所	〒  (電話番号: _____)			生年月日	大正・昭和・平成・令和  年 月 日		

## 1. 本日の症状について

① 一番お困りのこと（主訴）を具体的にご記入ください。

② それはいつ頃からですか？

約 年前 ・ ヶ月前 ・ 週間前 ・ 日前から

③ 現在の症状で医療機関を受診されましたか？

 いいえ  はい (医療機関名: \_\_\_\_\_ / 診断名: \_\_\_\_\_)

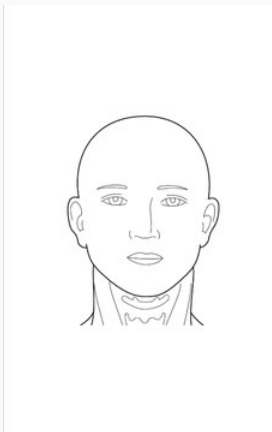
④ 手術やケガ、現在治療中の病気はありますか？（※捻挫や打撲など軽いケガもご記入ください）

⑤ 現在、どのようなお仕事をされていますか？

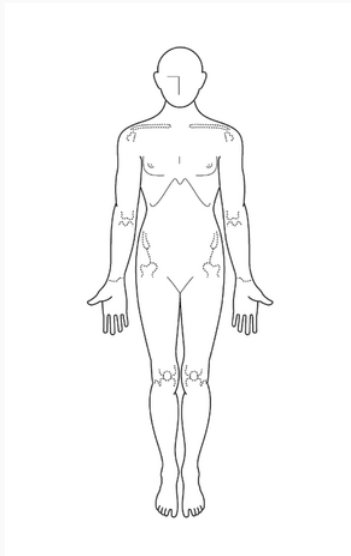
⑥ 現在、趣味でされていることはありますか？

内容: \_\_\_\_\_ (頻度: 週 \_\_\_\_\_ 回)

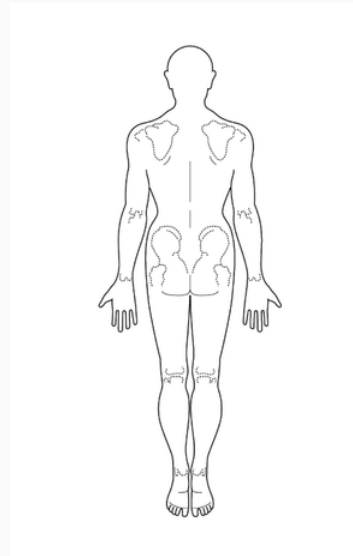
【人体図】 症状のある場所に○を、特に痛む場所に×をつけてください



【顔面・頸部】



【前面】



【背面】

## 2. 健康状態・体質について

既往歴	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 その他（具体的に）： _____
服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにする薬（抗凝固薬等） 薬名： _____
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食べ物 <input type="checkbox"/> 金属（ステンレス等） <input type="checkbox"/> その他
嗜好品	タバコ： _____ 本/日      お酒： <input type="checkbox"/> 飲まない・ <input type="checkbox"/> 時々・ <input type="checkbox"/> 毎日

### 鍼灸治療に関する説明および同意書

鍼灸治療には以下の副作用やリスクが伴うことをご確認いただき、末尾に署名をお願いいたします。

- 内出血：毛細血管の損傷により生じることがありますが、通常1～2週間で自然に消退します。
- めんげん反応：施術後に一時的なだるさ、眠気、痛みの増大が出ることがありますが好転反応です。
- 気胸：肺に近い部位への刺鍼により極めて稀に起こり得ますが、安全な手法を遵守します。
- 火傷・水ぶくれ：灸による熱刺激で生じることがあります。
- 安全性：全て使い捨て鍼（ディスポーザブル）を使用し、消毒を徹底しています。

私は、鍼灸治療の特性および上記の副作用・リスクについて説明を受け理解しました。自らの意思で本治療を希望し同意します。

氏名（自署）：

20      年      月      日

説明者署名： 柿本 聖樹