



鍼灸施術 問診票



よりよい施術のために、できるだけ詳しくご記入ください。

1 基本情報

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所 _____ 電話番号 _____

2 お悩みの症状がある部位にチェックを入れてください。

☐ 頭・顔

☐ 首

☐ 肩

☐ 胸

☐ お腹

☐ 腰

☐ 腕（右）

☐ 腕（左）

☐ 手（右）

☐ 手（左）

☐ 股関節・太もも（右）

☐ 股関節・太もも（左）

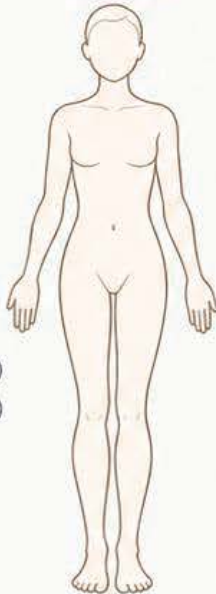
☐ 膝（右）

☐ 膝（左）

☐ 足（右）

☐ 足（左）

正面



背面



☐ 頭・顔

☐ 首

☐ 肩

☐ 背中

☐ 腰

☐ 腕（右）

☐ 腕（左）

☐ 手（右）

☐ 手（左）

☐ お尻

☐ 太もも（右）

☐ 太もも（左）

☐ 膝（右）

☐ 膝（左）

☐ 足（右）

☐ 足（左）

その他、気になる部位や
症状があればご記入ください。

3 これまでに鍼灸施術を受けたことがありますか？

☐ はい

☐ いいえ

4 鍼灸施術を受けた後に何か反応がありましたか？

☐ はい

☐ いいえ

5 それはどのような反応でしたか？

☐ 疲れる。

☐ 眠くなる。

☐ だるくなる。

☐ 症状が悪化した。

☐ 気分が高揚する。

☐ 症状が楽になった。

☐ 安心する。

☐ その他（ _____ ）

6 鍼灸施術を受けることに何か不安はありますか？

☐ はい

☐ いいえ

（ _____ ）

7 気になる症状や痛みの度合いについて

0を全く気にならない、10をもっとも気になるとした時、現在の度合いを教えてください。

（ _____ ） / 10

全く
気にならない

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

もっとも
気になる

8 フリースペース

