

# 質 問 票

年 月 日

●ふりがな： \_\_\_\_\_

●氏 名： \_\_\_\_\_ 様

●生年月日：西暦 年 月 日（ 歳）

案内などを郵送してもよろしければご記入をお願いいたします。

●住所：〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

●サロンから連絡可能なメールアドレス： \_\_\_\_\_

●サロンから緊急時のみ連絡可能な電話番号： \_\_\_\_\_

●婚歴： 未婚 ・ 既婚

●出産経験： 有 ・ 無

●現在：妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか？： 有 ・ 無

●授乳中ですか？： はい ・ いいえ

●お仕事（複数可）：  
フルタイムの仕事    パートタイムの仕事    家事    学生  
デスクワーク    外歩きが多い    肉体労働    PC業務  
長時間立ち仕事    接客・渉外  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

●当サロンを何で知りましたか？

ご紹介（ \_\_\_\_\_ 様）    ホームページ    facebook ページ  
その他（ \_\_\_\_\_ ）s

## お身体についての質問

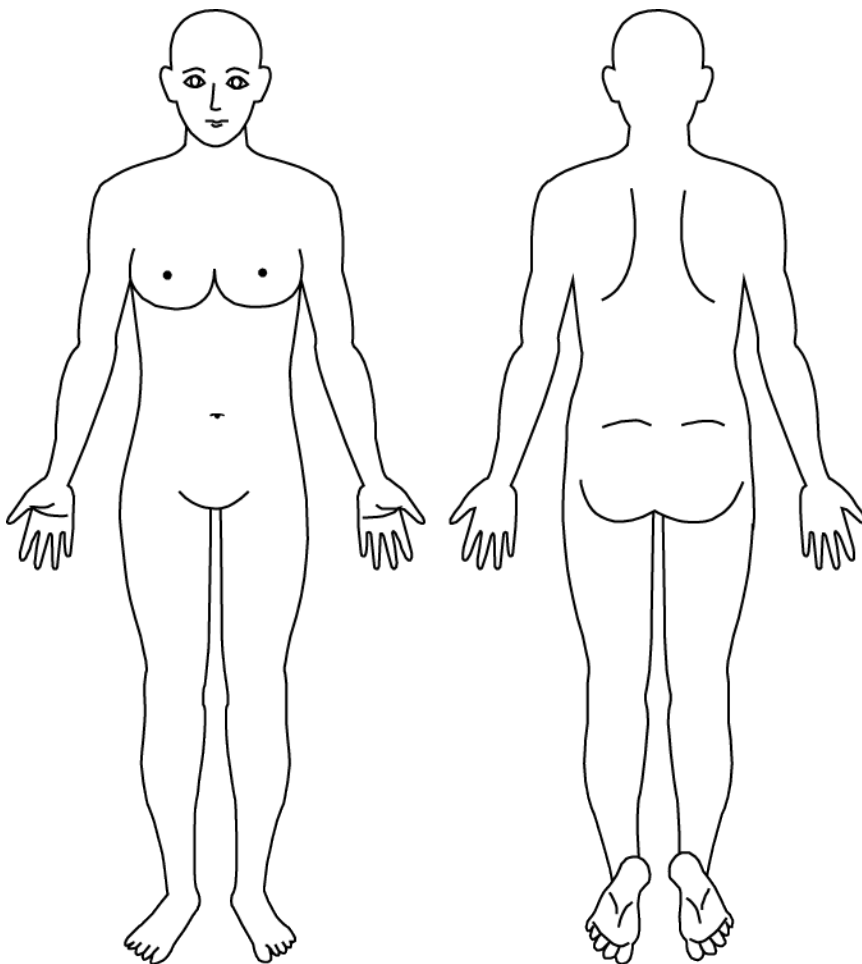
★身体の状態について教えてください

●体調についてお聞きします

良好 どちらとも言えない あまり良くない

●どのような症状でお困りですか？（複数OK）

●↓具合の悪い部位があれば○をつけてください。



●つらくなったのはいつ頃からですか？

●思い当たる原因はありますか？

●つらくなってから状態は変化していますか？

良くなっている 変わらない 悪くなっている 良くなったり悪くなったりを繰り返す

●現在の症状に対して病院やその他の医療機関へ行かれましたか？

行った 行かない

■「行った」方にうかがいます。

・どの科を受信されましたか？

内科 外科 小児科 循環器 アレルギー科 皮膚科 耳鼻咽喉科  
眼科 精神科 心療内科 整形外科 呼吸器科 歯科  
その他：

・行かれた方はどのような説明を受けましたか？

・持病はありますか？（複数可）

消化器系 整形外科系（骨粗鬆症も含む） 精神疾患（うつ病他） 不眠症  
アトピー/喘息 婦人科系疾患（生理痛、PMS 更年期障害含む） 脳血管系 眼精疲労  
便秘 下痢 高血圧 低血圧 貧血 浮腫（むくみ） 慢性の肩こり  
慢性の腰痛 肥満 糖尿病 冷え 自律神経 呼吸器系 心臓  
その他（ ）

●現在、服用されているお薬はありますか？

ある ない

■「ある」方にうかがいます

・何種類のお薬を服用されていますか？ → （ ）種類

・その中で長期間（1年位以上）服用されているお薬はありますか？

ある ない

・減薬したいですか？ → はい いいえ