

U					
---	--	--	--	--	--

フリガナ 氏名		生年月日	MT SH	年	月	日生	年齢	歳	性別	男・女			
住所	〒					Tel		初診	年 月 日				
主訴：							病名						
現病歴：													
-----													
-----													
-----													
-----													
既往治療：													
既往歴：													
家族歴	父：			兄弟：			祖父：						
	母：			子供：			祖母：						
結婚歴	既婚 未婚 離婚		社会歴										
症   状	初診時自覚症状：												
	-----												
	-----												
	初診時他覚的所見：脈状診：			脈差診：			腹診：						
五味：		五志：		五色：顔		尺膚		証：					
(その他)													
血压：		～ mmHg(		回/分)		身長：		cm		体重：	kg	肥満度：	%
治療方法	選穴：												
	手技：				用鍼：			： mm 号					
	治療内容：												
治療頻度				治療期間									

担当医： \_\_\_\_\_

