千里堂治療院　0120-32-42-52

妊産婦専用　追加問診票

●現在妊娠　＿＿週＿＿日

●出産予定日＿＿年＿＿月＿＿日　　●　今回は（　初産　・　人目　）

●かかっている　医院名（　　）

連絡先（　　－　　－　　）

●医師から指摘されていることがありますか？※逆子治療の方は下の枠内にご記入ください

●薬を飲んでいますか？

以下、逆子治療を受ける方に伺います。それ以外の方は■印へ進んでください

◇妊娠何週目で判明しましたか　（　　）週

◇赤ちゃんの位置・体重は

◇医師からの指示は（寝方・体操など）

■体質について伺います。（複数回答可）

□コリ・痛み（　首　・　肩　・　背中　・　腰　・　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）

□暑がり　□寒がり　□疲れやすい

□よく頭痛がある　□汗をあまりかかない　□汗かき

□緊張しやすい　□ストレスを感じる　□足がつる

□お腹が張る　□その他（　　）

■嗜好　□茶　□コーヒー　□辛味　□甘味　□油物　□野菜

□肉　□魚　□果物　□その他（　　）

■食欲　食事回数　1日＿＿＿＿回

□旺盛　□普通　□ない

■間食　□多い　□時々　□しない

■睡眠　1日約＿＿＿＿時間（　＿＿時頃～＿＿時頃　）

□よくねる　□ねつきが悪い　□眠りが浅い　□早朝に目が覚める

■便通：小　1日＿＿回・約＿＿＿＿時間おき

：大　□毎日ある　□毎日ない（　＿＿日に1回　）

■運動　□よくする　□時々　□しない

内容（　　）

頻度（　月　・　週　＿＿回　）

■入浴　□シャワーのみ　□湯船につかる（　毎日　・　時々　）

■その他気になることがありましたらお書きください

「千里堂の鍼灸治療、マッサージ治療は、お話をよく伺ってカラダの状態に合わせたやさしい刺激でおこなっていきます。
お話を伺った上で、治療を受けることが適していないと判断される場合は、治療を見合わせることもあります。」
上記を了承して、千里堂での施術を受けることを希望される方は、下記にご署名をお願いします。

記入日＿＿年＿＿月＿＿日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この線で切り取ってください。

この線で切り取ってください。

© Senrido　All rights reserved
無断で複写したり転載等しないでください。