

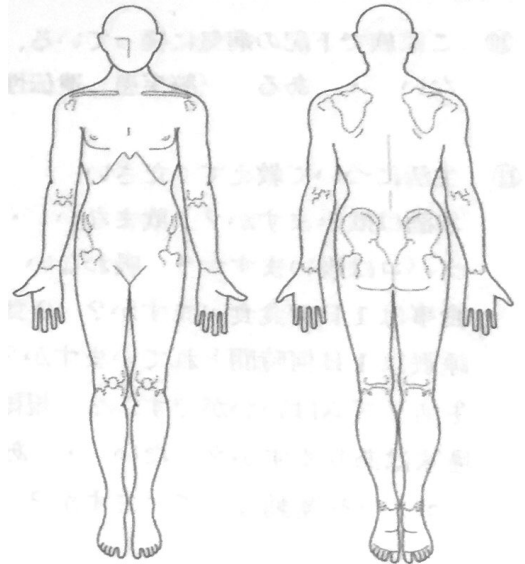
問診票

初診・再診

来院日 平成 年 月 日

ふりがな		男	生年月日		
氏名		女	明 大 昭 平	年 月 日	歳
ふりがな			ご連絡先		
住所	〒	自宅 ()		携帯 ()	
当院を何で知りましたか？	紹介・ホームページ・フェイスブック・看板・チラシ・その他 () ※上記に○で囲んでください。 (ご紹介者様)				

1. どうなさいましたか？ (右記の図にも○をしてください。)



2. どんな症状ですか？ (下記に○をしてください。 複数可)

痛い シビれる 動きが悪い 倦怠感 違和感 寒気
 自律神経症状 不安感 イライラ感 恐怖感 無気力感
 日常生活困難 頭痛 めまい感 吐き気
 その他 ()

3. 症状はいつからですか？ いつが一番つらいですか？

() (朝 昼 夕 夜)

4. 原因は何ですか？ (考えられる理由をご記入ください)

⑤病院で以下の検査はしましたか？

MRI : していない・した
 レントゲン : していない・した
 血液検査 : していない・した
 超音波検査 : していない・した

6. 現在治療中、または過去に患った病気はありますか？下記に○をしてください。

ない・ある 肝炎 エイズ 感染症 がん 心臓病 糖尿病 脳疾患 高血圧
 甲状腺 貧血 自己免疫性疾患 膠原病 関節炎 閉鎖性動脈疾患
 その他 (病名)

7. 過去に手術歴、外傷歴（怪我や事故）はありますか？

ない・ある （手術部位 _____）
（外傷部位 _____）

8. ・かかりつけの医師はいますか？ いない ・ いる（病院名&医師名 _____）

・現在飲んでいる薬はありますか？ ない ・ ある（薬名 _____）

・病院にはかかりましたか？ はい ・ いいえ（整形外科 麻酔科 神経内科 心療内科
脳外科 循環器科）

・治療経験はありますか？ ない ・ ある

マッサージ ツボの鍼灸 整体 カイロ トリガーポイント療法 ブロック注射 電気治療
筋膜リリース 気功 お薬 その他（ _____）

9. ご家族で下記の病気を患っている、または現在治療中の病気はありますか？

ない ・ ある （ 脳疾患 遺伝子疾患 血液疾患 糖尿病 自己免疫性疾患 膠原病 ）

10. 生活について教えてください。下記に○してください。

・お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む （種類 _____ 1日に飲む量 _____）

・タバコは吸いますか？ 吸わない やめた 吸う（1日に吸う量 _____）

・食事は1日何食食べますか？ 3食 2食 1食 その他（ _____）

・睡眠は1日何時間取れていますか？ 9～7時間 6～4時間 3時間以下 その他（ _____）

・生活リズムはいかがですか？ 規則正しい 不規則（原因 _____）

・趣味はありますか？ ない ある（具体的に _____）

・スポーツや運動はしていますか？ していない している（具体的に _____）

11. 仕事について教えてください。下記に○をしてください。

・お仕事はしていますか？ していない している 専業主婦 その他（ _____）

・職業はなんですか？（職業名： _____）

・仕事内容は？

肉体労働 デスクワーク（事務系・PC系） 肉体労働とデスクワーク両方
営業（徒歩・車・その他） 出張が多い（車・飛行機・新幹線）

・仕事でよくする姿勢、動作はありますか？

特になし 座位 立位 中腰 反復動作 車の運転 その他（ _____）

12. 当院からお知らせのハガキなど、ご連絡する場合がありますがよろしいでしょうか？

（ はい ・ いいえ ）

13. スタッフ間で同じ治療をするために、写真撮影をお願いすることがありますがよろしいでしょうか？

（ はい ・ いいえ ）

※上記項目は症状を改善するため、近隣医療機関と連携するために必要な項目になります。

文章で表現するのが難しい場合は問診の際に細かく伺いますが、できるだけすべてご記入ください。

※上記で知り得た情報個人情報、治療目的以外では使用いたしません。