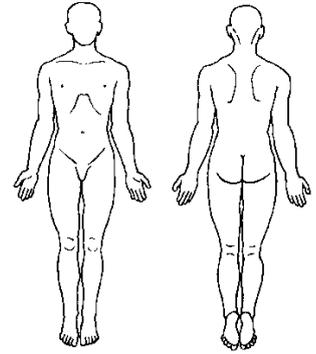


問 診 表

ふりがな _____ 生年月日 (S ・ H 年 月 日) _____
氏 名 _____ ご年齢 _____ ご職業 _____
住 所 _____
電話番号 _____ 携帯電話 _____ ※当日に連絡が着くようお願いします。
Email (携帯でも可) _____

1 : 気になっている症状と時期もしくは期間、良く生じる時間帯、動作
(痛みや痺れのある部位を、右図に○で囲んでください。)



例) 腰痛 1年前から 顔を洗う時等前かがみになる動作で痛みが生じる。

2 : 上記症状について、どこかで治療・検査を受けましたか? 受けた。 受けていない。

3 : 受けた方はどこでどんな治療を受けましたか? (該当するものに○をお願いします。)

病 院 (_____ 病院) 内服治療 (薬) 外科手術 電気治療 リハビリテーション
整骨院 (接骨院) 鍼灸院 (はり) 按摩・指圧・マッサージ院 カイロプラクティック 整体院・その他
※医師に指示された禁忌事項があれば記載 (_____)

4 : 今までの病歴と持病 (手術、骨折、捻挫、外傷、交通事故など、生じた年齢および期間)

例) 虫垂炎 10歳 糖尿病 36歳から 心臓カテーテル 3か月前 胃がん手術歴あり 5年前 等

当てはまる項目にチェックを入れて下さい。

体質 冷え性 花粉症 不妊症 アトピー 不眠症 むくみ 便秘 下痢 耳鳴り
 疲れ目 偏頭痛 咳 生理痛 よくこむら返りする アレルギー (_____)
生活 ストレス (人間関係) ストレス (仕事) 喫煙 睡眠不足 約 _____ 時間

5 : 今までのスポーツ歴 (過去にどんなスポーツをしていたか、怪我、その時の状況)

例) サッカー 練習でのプレー中に相手と接触、転倒して捻挫した。等

6 : 趣向品 (次にあげるもので、日常的に摂取しているものがあればチェックして下さい。)

お酒 乳製品 (牛乳、チーズ、ヨーグルト、マーガリン含む)
 甘いもの (アイスクリーム 菓子パン チョコレート等) コーヒー及びカフェイン飲料
 ファストフード (ハンバーガーやスナック菓子) 動物性タンパク質 (牛、豚、鶏肉)

7 : 日常的にあるいは定期的に行っている運動があれば記載して下さい。またその行なっている期間や量も記載して下さい。 例) ジョギング 毎日 30分程度 3年前から ヨガ 週 2回 1カ月前

8 : 当院をどのような形でお知りになりましたか? 該当するものを○で囲んでください。

看 板 _____ ホームページ (当院のホームページ エキテン ameblo) _____ ポスティングチラシ
新聞折り込みチラシ _____ 地域紙 _____ ご紹介 (ご紹介様 名前 _____) _____ その他 _____