

問診票

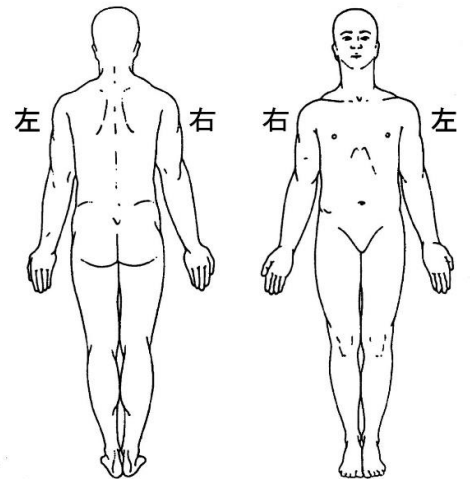
ID: _____

初診・再診

来院日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|--------------|---|--|-----------|-------|----------|
| フリガナ | | | 生年月日 | | |
| 氏名 | | 男 | 明 大 昭 平 令 | 年 月 日 | 歳 |
| | | 女 | | | |
| フリガナ | | | | 連絡先 | |
| 住所 | 〒 | | | | 自宅 携帯 |
| | | | | () | () |
| 当院を何で知りましたか？ | | 紹介・Google検索・Yahoo検索・エキテン・しんきゅうコンパス・FB・のぼり・チラシ ※上記に○をして下さい。(ご紹介者名:) | | | |

① どうなさいましたか？(右記の図に○をして下さい)



②どんな症状ですか？(下記に当てはまる症状に全て○をして下さい)

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 めまい 吐気
その他 ()

③症状はいつからですか？ ④いつ頃が一番辛いですか？
() (朝 昼 夕 夜)

④どのような動作が痛いですか ()

⑤原因は何ですか？(考えられる理由をご記入下さい)

⑥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
CT: 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

⑦現在治療中、または過去に罹った病気はありますか？下記に○をして下さい

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 自己免疫疾患 膠原病 関節炎 閉塞性動脈硬化)
その他(病名) ()

⑧過去に手術歴、外傷歴(ケガや事故) はありますか？

ない・ある (手術部位) ()
(外傷部位) ()

※裏面もご記入下さい。

裏面 身長 _____ cm 体重 _____ kg

- ⑨かかりつけの医師はいますか？ いない・いる（病院名&医師名）
現在飲んでいるお薬はありますか？ ない・ある（薬名）
病院には掛かりましたか？ ない・ある（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 鍼灸 整骨院 整体 カイロ ストレッチ 注射）
鍼治療は初めてですか？ いいえ・はい（電気治療 筋膜リリース 気功 お薬 漢方 サプリ その他）

- ⑩ご本人、ご家族について教えてください 下記に○をして下さい

ご結婚なさっていますか？ 独身 離婚 既婚（子供は何人いますか？ _____ 人）
同居者はいますか？（祖父 祖母 父親 母親 夫 妻 兄弟 姉妹 子供 その他）計 _____ 名
介護者はいますか？（祖父 祖母 父親 母親 夫 妻 兄弟 姉妹 子供 その他）計 _____ 名
現在一番困っていることは何ですか？（ _____ ）

- ⑪ご家族で下記の病気に罹っている、または現在治療中の病気はありますか？

ない・ある（脳疾患 遺伝性疾患 血液疾患 糖尿病 自己免疫疾患 膠原病）

- ⑫生活について教えてください

お酒は飲みますか？ 飲まない・飲む（種類 _____ 一回に飲む量 _____）
タバコは吸いますか？ 吸わない・やめた・吸う（種類 _____ 一日に吸う量 _____）
食事は1日何食食べますか？ 3食・2食・1食・その他・ダイエット中（種類 _____）
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 _____ 時間）
生活リズムはいかがですか？ 規則正しい・不規則（原因は？ _____）
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： _____）

- ⑬仕事について教えてください 下記に○をして下さい

お仕事はしていますか？ していない・している・専業主婦・学生・その他
職業は何ですか？（職業名： _____）
仕事内容は？ 肉体労働 デスクワーク（事務系・PC系） 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、動作を教えてください 特になし・座位・立位・中腰・反復動作・車の運転
その他（ _____ ）

- ⑭当院からお知らせなど、ご連絡する場合がありますがよろしいですか？ はい・いいえ

当院はカルテをパソコンにて管理しております、その際施術部位の写真も一緒に管理しています。
撮影をしますがよろしいですか？ はい・いいえ

当院は技術向上・研究の為、動画撮影をお願いすることがありますがよろしいですか？ はい・いいえ

当院は技術向上・研究の為、写真撮影をお願いすることがありますがよろしいですか？ はい・いいえ

※上記の項目は症状を改善する為、近隣医療機関と連携する為にすべて必要な項目となっています。
※言葉で表現するのが難しい場合は問診時に細かく伺いますが、出来るだけすべての項目を記入して下さい。
※上記で知り得た個人情報、治療目的、研究目的以外には使用致しません。