

問診表

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

〒 _____ 住所 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

e-mail アドレス _____ 自宅 or 携帯 _____

職業 _____ 仕事の内容 _____

1. どのような症状でお困りですか

具合の悪い箇所に○をつけて下さい

2. それはいつ頃からですか

3. 原因となるきっかけが思い当たりましたらお書き下さい

4. 今の症状で、現在・過去に治療を受けていますか (はい・いいえ)

→ 「はい」の方へ

・病院(整形外科・内科・神経内科・精神科・婦人科)接骨院、整体院、マッサージ、鍼灸、他()

・診断名は _____

・治療方法 _____

・その治療で変化はありましたか(良くなった・悪くなった・変わらない・その他[])

・現在も投薬を受けていますか。(はい・いいえ)

・薬の名前がわかりましたらお書き下さい _____

5. それはどのような時に起きますか 例 動かすとき、寝ているとき、じっとしているとき など

6. それが楽になる姿勢やひどくなる姿勢はありますか

7. 内科的疾患の治療を行っていますか

8. 現在の症状の他に、以前に手術や治療を受けたこと、また事故などで痛めたことのある部位はありますか
(ささいな怪我や肩こり、捻挫、便秘、生理痛など気になったものを何でもご記入ください)

_____ (年 月頃) _____ (年 月頃)

_____ (年 月頃) _____ (年 月頃)

9. 女性の方への質問です 妊娠やその可能性、又は産後間もないですか (腹部を圧迫することがあります)

(はい・いいえ) 妊娠の方 → _____ ヶ月 産後の方 → _____ ヶ月

10. 上記以外に諦めている症状や気になる症状はありますか

11. 当院のことはどこでお知りになりましたか

広告ビラ・公式ホームページ・看板・紹介(友達・家族)・その他()

