

問診表

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男
お名前			女

◎ご自身の目標についてお聞きします

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> この辛さを何とかして欲しい | <input type="checkbox"/> 治療費がかかったとしても早く治りたい |
| <input type="checkbox"/> 自分の身体がどんな状態か知りたい | <input type="checkbox"/> 今の状態から悪くならないように予防したい |
| <input type="checkbox"/> 根本的な治療をして欲しい | <input type="checkbox"/> セルフケアを教えて欲しい |
| <input type="checkbox"/> 治すよりもマッサージをして欲しい | <input type="checkbox"/> その他 () |

◎あなたのご家族は当院に通院することについてどのようにお考えですか？

- 積極的に賛成 まあまあ賛成 無関心 通院することを知らない

◎現在の症状についてお聞きします

●どのような症状を改善したいですか？

()

●その症状はいつ頃始まり、当院に来院されるまでどのくらい長く症状を抱えていましたか？

急性 (今日 1週間以内) 慢性 (1ヶ月以内 1年以内 それ以上前より)

●慢性的な症状などは、ハード面（筋肉・骨格）の治療だけでは改善しづらいこともあります。ソフト面（メンタル面）の治療も希望しますか？

はい いいえ

●その症状で思い当たる原因はありますか？

()

●その症状で、他の医療機関へ受診されましたか？

受けていない 整骨院 鍼灸院 整形外科 カイロプラクティック その他

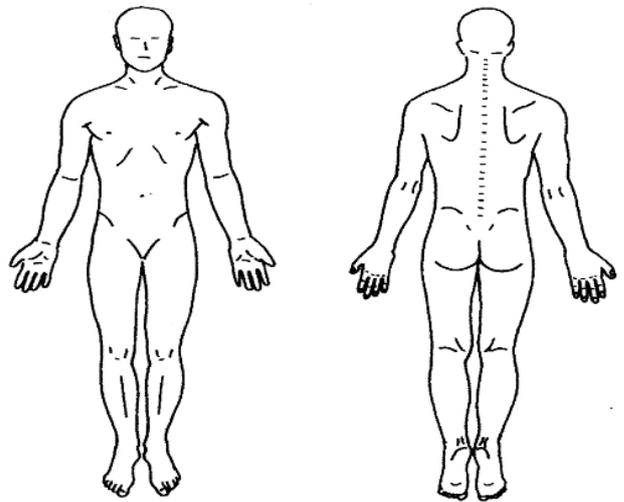
●過去にも同様の症状や痛みがありましたか？

はい いいえ

◆生活習慣についてお聞きします

- 血圧 (右 / 左 /) mm/Hg
○就寝時間 () 起床時間 ()
寝つきが悪い 夜中に目が覚める
朝、目覚めてもスッキリしない
○運動歴 現在 ()
過去 ()

◆辛い部位に○をつけてください



◆どのように当院を知りましたか？

- 紹介 当院の前を通過して
ホームページ エキテン チラシ
facebook twitter Instagram
→ホームページをチェックした方にお聞きします

検索に使用したワードを教えてください

() ()

◆今の症状の辛さの度合いに○をつけてください



生年月日	大・昭・平・令	電話番号	
	年 月 日 (歳)	携帯電話	
ご住所	〒 _____		
ご職業		領収書	<input type="checkbox"/> 希望する(毎回・月に1回) <input type="checkbox"/> 希望しない

◎お仕事や日常生活についてお聞きします

- 立ち仕事 デスクワーク 重たいものをよく持つ 介護をしている
育児中 本や新聞をよく読む よく歩く
パソコンをよく使用する 車の運転をよくする 携帯電話をよく見る

同居状況	子供	就寝前に行っていることがあればお書きください	ストレスレベル
○一人	○いる		
○配偶者	○いない	<input type="checkbox"/> OTV <input type="checkbox"/> ラジオ <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 瞑想 <input type="checkbox"/> 軽い運動 <input type="checkbox"/> 深呼吸 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他	当てはまるところにチェックして下さい <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少々 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> かなりある
○両親			
○子供			
○兄弟			
○その他			

現在も抱えている病気・症状には ○ 内に○印を
 過去に罹ったことのある病気には△印をご記入ください

() 食欲減退	() 目の病気	() 首の痛み
() 不眠	() 耳の病気	() 肩コリ
() 頭痛	() 鼻の病気	() 腕・手のしびれ
() 高血圧	() 呼吸器の病気	() 腰痛
() 低血圧	() 循環器の病気	() 下肢痛
() 貧血	() 肝臓の病気	() 下肢のしびれ
() 冷え性	() 胃腸の病気	() その他神経痛
() めまい	() 腎臓の病気	() 椎間板障害
() 便秘	() 痛風・リウマチ	() 関節炎
() 排尿困難	() 潰瘍	() 子宮筋腫・卵巣嚢胞
() 自律神経失調	() 腫瘍	() 不妊・流産
() 精神不安	() 喘息	() 生理痛・生理不順
() うつ病	() てんかん	() 婦人科系疾患
() 対人関係不安	() ガン	() アレルギー
() 結核	() 骨折	() 花粉症
() 糖尿病	() 甲状腺障害	() その他

自律神経チェックシート

- 疲れが取れない
- よく不安になる
- 習慣的に頭痛がある
- 朝、起きると肩や顎に力が入っている
- 起きる時、立ち上がる時に立ちくらみがある
- 1日の中で胸がドキドキすることがある
- 日差しや車のヘッドライトを眩しく感じる
- 習慣的な便秘、下痢（または両方）がある
- 胃の不調や胸焼けがする
- 水分を取っているがあまりおしっこが出ない
- 日常生活で緊張やイライラすることが多い
- や目が乾く
- やる気がでない
- 体がだるくなることが多い
- よだれがよく出る
- 寝過ぎてしまう
- ボーっとすることがよくある
- 1箇所でも頭や手足が火照る
- 呼吸器疾患でお薬を服用している
- 抗うつ剤や安定剤を服用している

あなたはいくつ当てはまりますか？