

# 問診票

No. \_\_\_\_\_  
初診年月日 平成 年 月 日

フリガナ		性別 男・女	同居状況		婚姻状況
お名前			○1人	○配偶者	○未婚
生年月日	太・昭・平 年 月 日 ( 歳)		○両親	○子供	○既婚
			○兄弟	○その他	○離婚
ご住所	〒 _____		子供		○いる ○いない
電話番号			E-mail	@	
携帯電話					
職種	出来るだけ詳しくお書き下さい。(例：事務職でパソコンの使用が多い 営業職で車に乗ることが多いなど)				
■当院を何でお知りになりましたか？					
○紹介( ) ○当院の前を通過 ○ホームページ(検索キーワード ) ○エキテン ○ブログ					
○チラシ ○facebook ○twitter ○その他( )					

◇治療についてお聞きます。該当するものにチェックもしくは内容をご記入下さい

●治療の目標

今ある痛みを軽減させたい 通院して痛みを取りたい 痛みが無くなっても健康のために根本的な治療がしたい

●今後の希望について、思い当たるものにチェックを入れて下さい

原因を知りたい 姿勢を改善したい 痛みや不快感をとりたい  
自分の状態にあったケアをお願いしたい 健康であり続けたい

●あなたのご家族はカイロプラクティックを受けることに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 来院することは知らない

●健康を手に入れたら何にもっと力を注ぎたい、充実させたいですか？(複数回答可)

普通の生活 仕事 学業(勉強) 家事 趣味 旅行 運動 子育て

●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(感情面・ストレス)の治療も希望しますか？

はい いいえ

●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？ ( )

●どのくらいの頻度でその症状が感じますか？ ( )

●その症状のために日常生活に支障をきたしていますか？ ( )

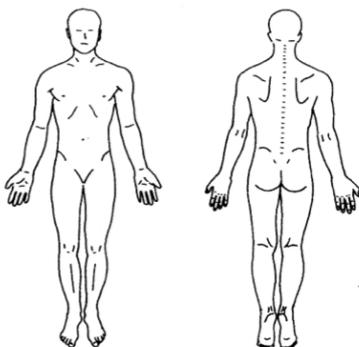
●当院に来るまでの症状の経過はどうでしたか？ ( )

●今回の症状で当院に来院される前に受けた他の医療機関はどこでしたか？  
通院期間、通院回数なども合わせてお書き下さい。 ( )

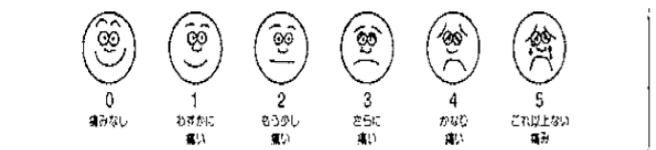
◇症状について

1、主な症状のある個所(身体図)、及び部位に印を付けて下さい

×鈍い痛み ○刺すような痛み △しびれ ●無感覚



2、痛み(しびれ・つらさ)の度合いを教えてください(あてはまる顔・数字に○を付けて下さい。)



3、この痛みは初めてですか？以前にも経験したことがありますか？

初めて経験 以前にも経験した  
(それはいつですか？ 年前 月 日)

現在ある病気・症状には○印を、過去に罹ったことのある病気には△印を記入してください。

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

#### 仕事(学業・家事)のタイプ

- ①現在の症状は仕事(学業・家事)に影響しますか？      ○はい      ○いいえ
- ②労働(学校)時間      約 \_\_\_\_\_ 時間
- ③休日      月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ・ 祝日
- ④仕事(学業)中の姿勢      座位 ・ 立位 ・ 外回り ・ 車の運転
- ⑤ストレスレベル      ○なし      ○少々      ○中程度      ○かなりある

問診票のご記入お疲れさまでした。お呼びするまで少々お待ち下さい。

#### 個人情報の取扱に関する同意について

当院でサービスを受けるにあたり、私が提供する情報が冊子に基き管理、  
利用されることに同意します。※18歳以下の方は、保護者の方がご署名下さい。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ご署名 \_\_\_\_\_