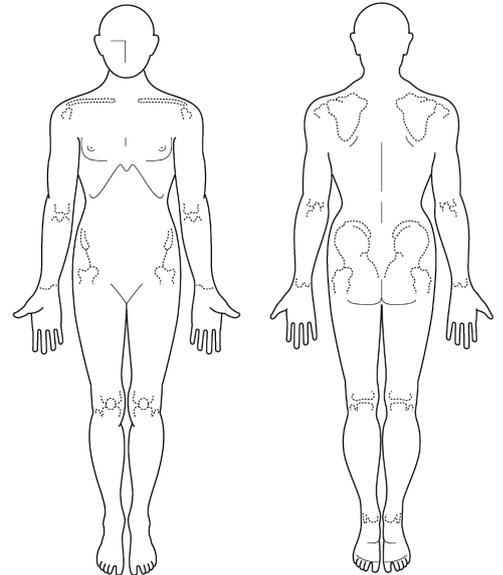


問診票

来院日 令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日				
氏名		女	西暦	年	月	日	歳
ふりがな						ご連絡先	
住所	〒					自宅	()
						携帯	()
当院を何で知りましたか？	紹介・HP・看板・エキテン・FB・インスタ・MPS・しんきゅうコンパス チラシ・その他 ※上記に○をしてください。(ご紹介者様)						

① どうなさいましたか？(右記の図にも○をしてください)



② どんな症状ですか？(下記に○をしてください。複数可)

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 頭痛 めまい 吐き気
その他 ()

③ 症状はいつからですか？ いつが一番つらいですか？
() (朝 昼 夕 夜)

④ 原因は何ですか？(考えられる理由をご記入ください)

⑤ 病院で以下の検査はしましたか？

MRI：してない・した
レントゲン：してない・した
CT：してない・した
血液検査：してない・した
超音波検査：してない・した

⑥ 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○をしてください。

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 自己免疫性疾患 膠原病 関節炎 金属アレルギー)
その他 (病名)

⑦ 過去に手術歴、外傷歴(怪我や事故)はありますか？

ない ・ ある (手術部位)
(外傷部位) ※裏面もご記入ください

裏面

- ⑧ 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 内科 心療内科 脳神経外科 その他)
はり治療の経験はありますか？ ない ・ ある (いつ頃うけましたか？)
治療の経験はありますか？ ない ・ ある (マッサージ 整体 カイロ 注射 電気 気功 漢方 その他)

- ⑨ ご本人、ご家族について教えてください。下記に○をしてください。
ご結婚されていますか？ 独身 ・ 離婚 ・ 既婚 ・ 死別 (子供はいますか？ 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

- ⑩ 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 自己免疫性疾患 膠原病)

- ⑪ 生活について教えてください
お酒は飲みますか？タバコは吸いますか？ (飲まない・飲む 吸わない・やめた・吸う)
1日の食事回数と食生活は？ 3食・2食・1食・糖質制限中・菜食中・その他
睡眠は1日何時間とれていますか？ (9~7時間・6~4時間・不眠症・その他)
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：)

- ⑫ 仕事について教えてください。下記に○をしてください。
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？(職業名：)
仕事内容は？ 肉体労働 ・ デスクワーク ・ その他
仕事でよくする姿勢、動作はありますか？ 特になし・座位・立位・中腰・反復動作・車の運転・その他

- ⑬ 治療についてご希望を聞かせてください。当てはまる内容に○をつけてください。(複数選択可)

お試しでうけにきた・早く改善したい・じっくり改善したい 治療費は安いほうが良い・治療費のことは気にしていない・最善策の治療費ならいい 1番つらい症状だけ改善したい・すべての症状を改善したい 1回の治療で1番つらい症状だけみてほしい・1回の治療で多くの症状をみてほしい 効果があれば通院したい・改善するまで通院したい・治療計画に沿って通院したい 自分のペースで通院したい・改善後も定期的に通院したい・わからないので相談したい
--

上記項目は症状を改善するため、近隣医療機関と連携するためにすべて必要な項目になります。
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、できるだけすべての項目をご記入ください。
上記で知り得た個人情報、治療目的以外には使用いたしません。