

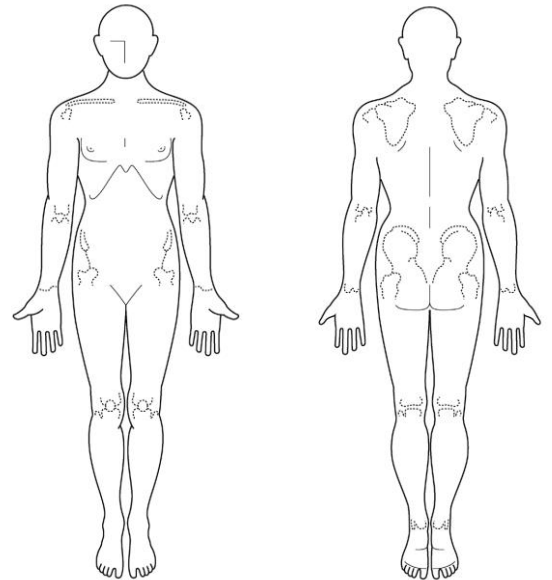
問診票

初診・再診

来院日 平成 年 月 日

ふりがな		男	生年月日		
氏名		女	明 大 昭 平	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・Google 検索・Yahoo 検索・エキテン・FB・看板・スマホ・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 閉塞性動脈硬化症)
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

- 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 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)
(電気治療 筋膜リリース 気功 お薬 漢方 サプリ 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	(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
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なんですか？	()										

- 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？ 飲まない ・ 飲む (種類 1日に飲む量)
タバコは吸いますか？ 吸わない ・ やめた ・ 吸う (種類 1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日何時間とれていますか？ (9~7時間・6~4時間・3時間以下・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
職業はなんですか？ (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) 出張多い (車・飛行機・新幹線)
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 当院からお知らせはがきなど、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
当院の技術向上の為、写真・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

※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の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。