

問診票

初診年月日 No. 平成 年 月 日

フリガナ			同居状況	婚姻状況
お名前	性別	男・女	<input type="checkbox"/> 1人	<input type="checkbox"/> 独身
			<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 既婚
生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		<input type="checkbox"/> 両親	<input type="checkbox"/> 離婚
ご住所	〒		<input type="checkbox"/> 子供	<input type="checkbox"/> 未亡人
			<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> その他
電話番号			<input type="checkbox"/> 1人	<input type="checkbox"/> いない
携帯電話			<input type="checkbox"/> 2人	
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)		<input type="checkbox"/> 3人以上	
■当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 紹介 (<input type="checkbox"/> 当院の前を通過 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> ブログ) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> facebook <input type="checkbox"/> twitter <input type="checkbox"/> その他 ()				

治療、症状についてお聞きします。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

●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？ ()

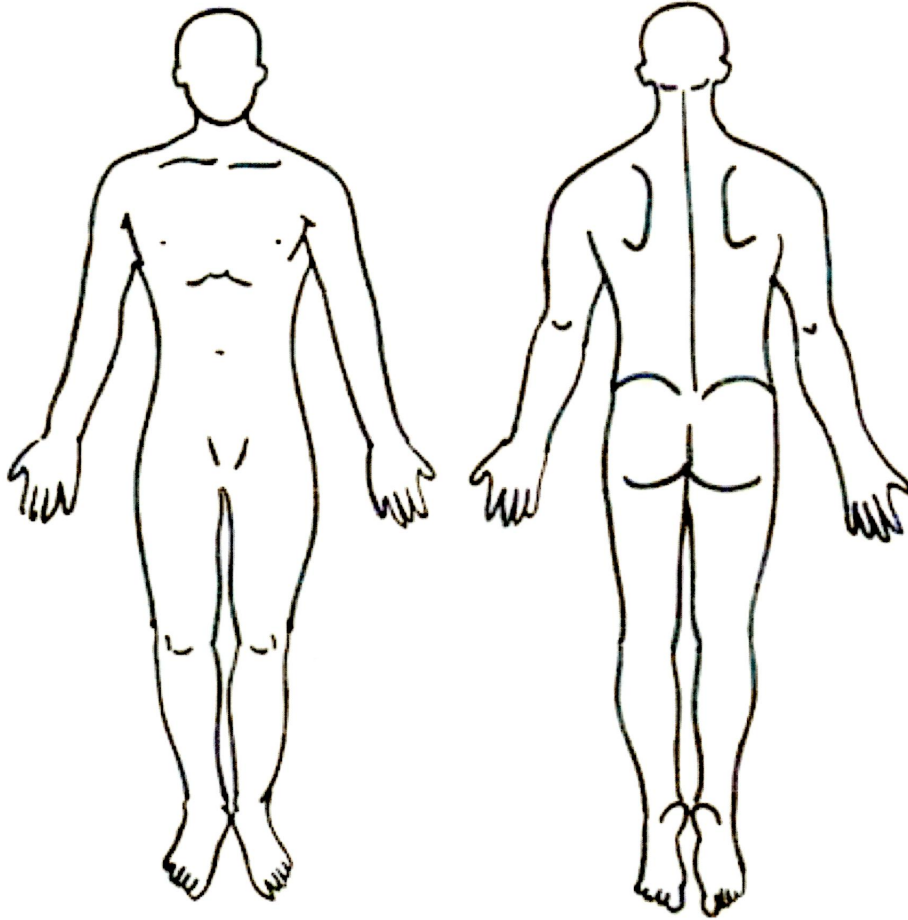
●当院に来るまでの症状の経過はどうでしたか？ ()

●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。

()

1.主な症状のある箇所（身体図）、及び部位に印を付けてください。

×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○をつけて下さい。）



0

全く痛みがなく、幸せ



1

ちょっとだけ痛い



2

それよりも少し痛い



3

もっと痛い



4

かなり痛い



5

泣くほど痛い。想像できる中で最も強い痛み

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？

初めての経験

以前も経験した。 それはいつですか？ 年前（ 年 月）

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