

問診票

フリガナ

氏名： _____ 電話番号： _____

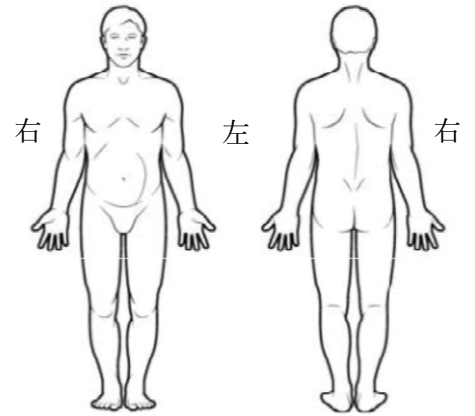
性別： 男 / 女 年齢： _____ 歳 身長： _____ cm 体重： _____ kg

職業： _____

◆症状があるのはどの部位ですか？右の絵に○で印をつけてください。

◆どのような症状ですか？

- 痛い だるい 重い 違和感がある
つっぱる かたい しびれる 力が入りにくい
動かすにくい 説明しにくい 見た目が気になる
その他 _____



◆いつ頃からですか？

◆思い当たるきっかけはありますか？

- いいえ / はい _____

◆症状は最初の頃と比べてどうですか？

- 徐々に軽快 / 急に軽快 / 変わらない / 徐々に悪化 / 急激に悪化

◆今回の症状で病院にかかりましたか？

- いいえ / はい (病院名： _____ 診断名： _____)

◆病院へかかった方へ 病院では治療を受けましたか？

- いいえ / はい

◆治療を受けたことがある方へ どのようなところで治療を受けましたか？

- 医療機関のリハビリ / 接骨院 / 整体・カイロプラクティック / その他 _____)

◆1日のうちで症状の変化はありますか？

- いいえ / はい (具体的に： _____)

◆痛みが出る (痛みが強くなる) 具体的な場面・動作はありますか？

- いいえ / はい (具体的に： _____)

◆いままでかかったことのある病気があればチェックをして、いつ頃かをご記入ください。

- 喘息 (_____ 歳頃) 高血圧 (_____ 歳頃) 脳梗塞・脳出血 (_____ 歳頃)
心臓病 (_____ 歳頃) 糖尿病 (_____ 歳頃) 癌・悪性腫瘍 (_____ 歳頃)
その他 _____

◆今までに手術を受けたことがありますか？

- いいえ / はい 病名： _____
いつ頃： _____

◆女性の方へ 妊娠・出産のご経験はありますか？

- いいえ / 妊娠中 (_____ 週目)
出産後 (_____ 人 _____ 年前 出産方法： 普通分娩 / 帝王切開)

問診内容は以上です。ご協力ありがとうございました。

よろしければご予約・連絡用に当院の公式 LINE のご登録にご協力をお願いいたします。

公式 LINE



@acc47