

# 問 診 表

平成 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
名前		世帯主名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		
住所	〒 -		
自宅	( ) -	携帯	- -
職業			
当院に来院いただいたきっかけは？ <input type="checkbox"/> ご紹介( 様)より <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> その他( )			

**あなたの健康状態を把握し、ベストな施術をおこなうために必要な情報です。**

**質問の内容がわからない場合は、詳しくご説明しますので遠慮なくお尋ねください。**

下記の質問についてお答えください。

①痛みやコリなど気になるところ全てに些細なことでも結構ですので○で囲んでください。また、いつ頃からの痛みですか？

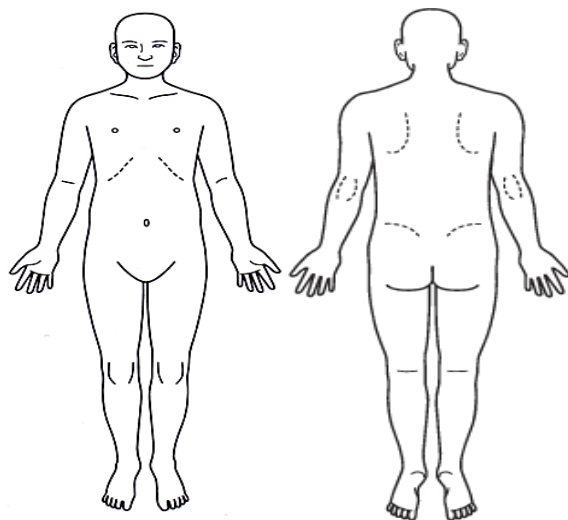
( )

②思い当たる原因はありますか？

( 交通事故・スポーツ外傷・特になし・その他( ) )

③あてはまるものすべてにチェックをしてください。

- ( ) 痛みやしびれを改善したい
- ( ) 肩こりなど体のコリを改善したい
- ( ) 疲れやすい体質を改善したい
- ( ) 体のゆがみを改善したい
- ( ) 産後の骨盤矯正がしたい
- ( ) リンパマッサージ・足ツボ・美顔マッサージ・痩身がしたい



④今回の症状及びその他の理由で

現在どこかの医療機関にかかっていますか？

( はい・いいえ ) ( 病院名: )

⑤今までに大きな病気はありますか？

( 心臓病・脳疾患・高血圧・糖尿病・肝炎・HIV・その他[ ] )

⑥今までに大きな手術をしたことはありますか？

( はい : 病名 . いいえ )

⑦現在の体の状態であてはまるものすべてにチェックしてください。

- ( ) 肩こり ( ) 首のコリ ( ) 耳鳴り ( ) ふらつき ( ) めまい
- ( ) ほてり ( ) 頭痛 ( ) 目のつかれ・かすみ ( ) 動悸 ( ) 息切れ
- ( ) 不整脈 ( ) 倦怠感 ( ) 鼻づまり ( ) 花粉症 ( ) 背中の痛み
- ( ) 背中のコリ ( ) 腕の痛み ( ) 腕の痛み ( ) 腕のしびれ
- ( ) 腰痛 ( ) お尻の痛み ( ) 胃痛 ( ) 腹痛 ( ) 便秘 ( ) 下痢
- ( ) 生理痛 ( ) 生理不順 ( ) 頻尿 ( ) 冷え症 ( ) 不眠 ( ) イライラ
- ( ) 足の痛み ( ) 膝痛 ( ) 足のむくみ ( ) 足のしびれ

**裏面もご記入ください。**

⑧お仕事や日常生活についてあてはまるものすべてにチェックしてください。

- ( ) 立ち仕事      ( ) 座り仕事      ( ) 重たいものをよく持つ  
( ) パソコンをよくする      ( ) 車をよく運転する      ( ) 本や携帯をよくみる  
( ) スポーツをよくする      ( ) 介護をしている      ( ) 授乳中      ( ) 育児中

⑨その他、体の状態についてお聞かせください。

平均睡眠時間      (      時間)

食欲      (ある      ない)

喫煙      (吸わない      時々      毎日 [      ]本)

飲酒      (飲まない      時々      毎日)

血圧      (最高血圧[      ]      最低血圧[      ])

妊娠      (していない      している[      ]週)

⑩ご希望の治療はありますか？

( マッサージ ・ 鍼灸 ・ その他[      ] ・ 相談 )

⑪マッサージや鍼の刺激の強さ

( 弱く ・ 普通 ・ 強く )

⑫身体にペースメーカーや金属は入っていますか？

( はい ・ いいえ )

ご記入ありがとうございました。

わからない点がありましたら、遠慮なくスタッフにお尋ねください。

ひなた鍼灸整骨院