

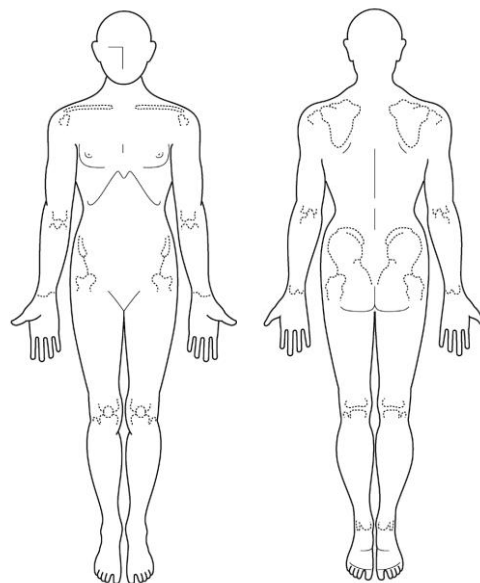
# 問診票

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・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・MEC食中・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 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  
当院は研修生がいますが治療見学をさせてもらってよろしいですか？ はい ・ いいえ  
当院の技術向上の為、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  
スタッフ間で同じ治療をするため写真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

- ⑭ 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・はり治療希望・手技治療希望  
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。