

## 問 診 票

## 【お客様情報】

ふりがな 氏 名		生年月日	大・昭・平	年	月	日
住 所						
自宅電話	( )	携帯電話	( )			
メー ル	@					
会 社 名		ご 職 業	会社員・主婦・学生・その他 ( )			

## 【現在の症状】

(1) 痛みが出る動作や時間帯を教えてください。

( )

(2) その症状の治療を他で受けましたか。※複数可

- 受けていない
- 病 院 (病院名: )
- 整骨院 (医院名: )
- 整体院 (医院名: )
- カイロ (医院名: )
- 鍼灸院 (医院名: )
- その他 ( )

(3) (2)の質問で「病院に☑をつけた方」にお尋ねします。(※わかる範囲でご記入ください。)

① 医師からどのような病名や説明を聞きましたか。

( )

② 受けた検査・検査結果を教えてください。※複数可 ※ ( ) 内に○印をおつけください。

- レントゲン (異常あり・なし)     MRI (異常あり・なし)
- 血液検査 (異常あり・なし)     尿検査 (異常あり・なし)
- その他 ( )

③ 現在、服用中のお薬を教えてください。

( )

④ 医師から受けている禁忌事項がありましたら教えてください。

( )

(4) 既往歴を教えてください。※複数可

- 大きなケガ     大きな病気     事故     手術歴あり     高血圧
- 低血圧     糖尿病     高コレステロール     その他の臓器疾患

(5) 体質を教えてください。※複数可

- 冷え性     花粉症     アトピー     不眠症     むくみ
- 便秘     下痢     その他のアレルギーなど ( )

(6) 生活習慣を教えてください。

- ① 運動     なし     あり    日・週・月 (    回位)
- ② 喫煙     なし     あり    1日に (    本位)
- ③ 飲酒     なし     あり    日・週・月 (    本位)
- ④ 睡眠    1日に (    時間位)

【痛みの部位】 痛みの部位に○をご記入ください。

