

問 診 票

第6版 2014/11/22

この問診票は、施術効果を最大に高めるために使わせて頂きます。尚、下記情報は、個人情報として当院にて慎重に保管を行い、皆様の健康管理の目的以外には利用致しません。

フリガナ		性別	男・女	受診日	平成 年 月 日
氏名		職業		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒				
連絡先	TEL				紹介者
	e-mail	(任意)			

下記の項目について記入、もしくは○で囲んでください。

<p>当院に望むこと</p>	<p>1. とりあえず痛み(症状)が少なくなればよい 2. 痛み(症状)の再発を防ぐために通院してもよい 3. その他()</p>
<p>◆どのような症状で来院されましたか? 痛い・しびれる・はれ・動きにくい その他()</p>	<p>【腕】 (左) (右) 【首】正常・前 前 屈曲 伸展 伸屈 後 側屈(左) (右) 内・外旋 回旋(左) (右) ◇肩甲骨: 下・上 ☆ロッキング ◇ストネック ◇舌位置</p> <p>右 右</p> <p>【骨盤】 正常・前傾・後傾 ASIS: 左 右 PSIS: 左 右 骨盤緩み; 仰臥 立位 大腰筋テスト(左) (右) 梨状筋テスト(左) (右)</p> <p>【立位】 前屈 後屈 側屈(左) (右) 回旋(左) (右) いす ベッド</p>
<p>◆症状のある『部位』はどこですか? 右図を利用して、患部に○をつけて下さい。 他、気になる所があれば△をつけて下さい。</p>	
<p>◆いつ頃から症状が出ていますか? また、どこで発症しましたか?</p> <p>平成 年 月 日から (日・月・年)前から</p> <p>自宅・買い物中・路上・学校・ グラウンド・体育館・公園・旅行先 その他()・覚えていない</p>	
<p>◆症状が出たきっかけ・原因は何ですか?</p> <p>1.立ち上がった時 2.寝違えた 3.かがんだ 4.とんだ 5.物を持った 6.転んだ 7.手をついた 8.投げた 9.けた 10.走った 11.ぶつけた 12.突き指 13.すべった 14.振り向いた時 15.起きた時 16.中腰 17.スポーツの練習・試 合中 18.その他() 19.特に原因なし</p>	
<p>◆交通事故に遭われた事は?(はい・いいえ)</p>	<p>☆衝撃抜き ☆呼吸 鼻・口 深・浅 ☆重心 ◇捻れ ☆腰弾力 ☆縫合ストレス ◇オーリングテスト ◇お腹温度;</p>
<p>◆趣味・健康目的等で何か運動(スポーツ)をされていますか? (はい・いいえ)⇒ [過去]種類____、[現在] 種類____、____回/週・月)</p>	
<p>◆現在のストレス(悩みなど)はどれくらいの大きさですか?(なし・小・中・大)</p>	
<p>◆ペースメーカ、または手術による金属固定はありますか? (はい・いいえ)</p>	
<p>◆少しの傷でも血が止まらなかったことがありますか? (はい・いいえ)</p>	
<p>◆アトピー・花粉症・ぜんそく等アレルギー関連症状はありますか? (はい・いいえ)</p>	
<p>◆現在、何かの病気で治療を受けていますか? (はい・いいえ)⇒ [病名]_____</p>	
<p>◆以下の病気にかかった事がありますか? 下記以外にも大きな病気をした事がありますか? (はい・いいえ)</p> <p>1.高血圧 2.糖尿病 3.脳梗塞 4.腎臓病 5.胃潰瘍 6.心臓病(狭心症・不整脈等) 7.腫瘍性疾患 8.出血性疾患 9.感染症疾患 10.リウマチ 11.筋萎縮性疾患 12.椎間板ヘルニア 13.後靭帯骨化症 14.変形性脊椎症 15.脊柱管狭窄症 16.骨粗しょう症 17.その他()</p>	
<p>◆過去に怪我や病気で手術を受けた事がありますか? (はい・いいえ)⇒ 手術名 [_____ : 年] [_____ : 年]</p>	
<p>◆今回の症状で他の医院等に行かれましたか? (はい・いいえ)⇒ 整形外科・鍼灸院・整骨院・整体・マッサージ・その他()</p>	
<p>◆【女性のみ】現在、妊娠の可能性はありますか? (はい・いいえ)</p>	