

# 問診票

令和 年 月 日

当院では、初めてご来院の方には問診票の記入をお願いしております。

(ふりがな) 氏名	生年月日 大・昭・平 年 月 日( 歳) 未婚・既婚
--------------	-------------------------------

住所 〒	TEL(携帯): メールアドレス: * 当日メールで予約時間のご案内をします。必ずご記入下さい ご職業:
------	---

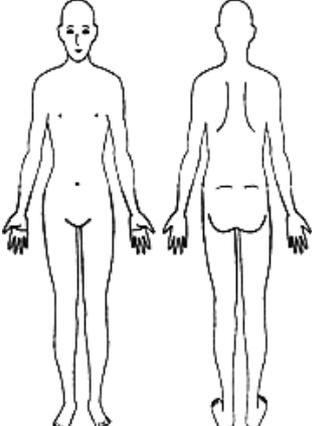
1. 当院を何で知られましたか?  
ご紹介( 様より) チラシ 雑誌 新聞折込 地域新聞 クチコミ その他  
当院ホームページ 他サイト( )  
検索キーワードは何でしたか? ( )

2. 当てはまるものはどれでしょうか?(複数可)  
この辛さをなんとかしたい 長年悪いので当院が最後の治療院にしたい 気長に通いたい  
効果が優先で料金は気にしない 今の状態から悪くならないようにしたい 体のチェックをして欲しい  
どんなものか試しに来た 短い時間(30分以内)で治療してほしい その他( )

3. 現在お困りの症状はどれでしょうか?(複数化)内科・婦人科・アレルギー含む  
痛み( )  
\* 痛みが出る動作( )  
\* なぜその痛みを取りたいか( )  
◎ これからどうなりたいですか?( )

備考欄

\* 痛みの部位



4. その症状を病院で診てもらったことはありますか? はい いいえ  
病名又は医師の説明( )

5. 病院で検査は受けましたか? はい いいえ

6. 受けた検査と検査結果を教えてください。  
レントゲン(異常・異常なし) MRI(異常・異常なし)  
血液検査(異常・異常なし) 尿検査(異常・異常なし)  
その他 (異常・異常なし)

7. 今までのどこで治療を受けましたか?(複数可)  
病院( 科) 整骨院 整体 カイロプラティック  
針 その他( )

8. 該当する項目にチェックを入れてください。(複数可)

辛い時間帯:	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 日中	<input type="checkbox"/> 夕方以降	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常に
既往歴:	<input type="checkbox"/> 大きな怪我	<input type="checkbox"/> 大きな病気	<input type="checkbox"/> 事故	<input type="checkbox"/> 手術歴あり	
体質:	<input type="checkbox"/> 高・低血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高コレステロール	<input type="checkbox"/> 他の臓器疾患	
	<input type="checkbox"/> 冷え性	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 不妊症	<input type="checkbox"/> アトピー	<input type="checkbox"/> 不眠症
	<input type="checkbox"/> むくみ	<input type="checkbox"/> 便秘・下痢	<input type="checkbox"/> その他のアレルギー他の症状:		
	<input type="checkbox"/> 疲れ目	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 偏頭痛	<input type="checkbox"/> 咳や痰	<input type="checkbox"/> 生理痛
生活:	<input type="checkbox"/> 強いストレス	<input type="checkbox"/> 運動習慣なし	<input type="checkbox"/> 喫煙する	<input type="checkbox"/> 睡眠不足	

9. 現在服用中のお薬はありますか?(例 名称:ロキソニン 目的:痛み止め)

①名称:	目的:
②名称:	目的:
③名称:	目的:
④名称:	目的:

10. 医師から受けている禁忌事項はありますか?(服薬、運動、飲食制限など)

① ②