

問診表① 分かる範囲内でご記入ください				初診年月日			年	月	日		
フリガナ 氏名				様	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	同居状況 婚姻状況 兄弟姉妹			
生年月日 大 昭 平 令				年	月	日	才	<input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他			
自宅住所 〒 -				TEL (自宅) ()		メール <input type="checkbox"/> PC		お子様			
TEL (携帯) ()				アドレス <input type="checkbox"/> 携帯		ペット		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 4人以上			
ご勤務先				TEL ()		職業・学校・スポーツ					
どのようにして当院を知りましたか？				保護者様氏名							
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 (広告名) <input type="checkbox"/> ご紹介 (様) <input type="checkbox"/> その他											
ニュースレターの送付 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない											
① どのような症状を改善したいですか？				症状のある部位に下記の印をつけてください							
例) 腰痛、肩こり、頭痛、関節痛、アレルギー、胃腸障害、〇〇の痛み・痺れ・違和感				<p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 痛み ▨ しびれ ▨ 違和感 <p>問題ない 0 5 10 最も悪い</p> <p>今の症状程度 (スケール) に印をつけてください</p>							
② その症状はいつ頃始まり、どれくらい長く症状を抱えていましたか？											
例) 〇〇年〇〇月〇〇日頃から始まり、〇〇週間、〇〇か月間、〇〇年間くらい											
③ どれくらいの頻度でその症状を感じますか？											
例) とときどき、定期的に、頻繁に、常に・・・											
④ その症状のために日常生活で支障をきたしていますか？											
例) 仕事で〇〇ができない・・・家事で〇〇ができない・・・〇〇練習の〇〇ができない・・・											
⑤ その症状が最も強くなるときはどのようなときですか？											
⑥ その症状が最も軽減するときはどのようなときですか？											
⑦ 当院で治療を受けるまでの症状の経過はどうでしたか？											
例) 悪くなっている。良くなっている。変化がない・・・											
⑧ 今回の症状で当院に来院される前に他の医療機関を受診しましたか？通院期間はいつからいつまで、何回でしたか？											
例) 〇〇病院、〇〇整骨院、〇〇鍼灸院、〇〇整体院、〇〇治療院・・・〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで〇〇回通院・・・											
⑨ その医療機関ではどのような検査、診断、治療を受けましたか？											
検査名の例) レントゲン、MRI、CT・・・											
診断名の例) 椎間板ヘルニア、変形性関節症・・・											
治療法の例) 投薬、漢方、貼り薬、安静指導、電気療法、マッサージ、鍼灸、整体、カイロプラクティック・・・											
検査名											
診断名											
治療法											
⑩ 施術法やその他ご要望があればご記入ください。											

問診表② (心身相関関連症状について) 該当する症状(過去6ヶ月以内)に☑を入れてください。					
	筋肉・関節の症状	<input type="checkbox"/>	物忘れ	<input type="checkbox"/>	残尿感
<input type="checkbox"/>	慢性腰痛	<input type="checkbox"/>	職場、学校、家庭の悩み	<input type="checkbox"/>	膀胱炎
<input type="checkbox"/>	ぎっくり腰(急性腰痛)	<input type="checkbox"/>	恐怖症	<input type="checkbox"/>	内分泌・代謝系症状
<input type="checkbox"/>	椎間板ヘルニア関連症状	<input type="checkbox"/>	パニック症状	<input type="checkbox"/>	糖尿病
<input type="checkbox"/>	坐骨神経痛	<input type="checkbox"/>	眠気	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能低下症
<input type="checkbox"/>	脊柱管狭窄症関連症状	<input type="checkbox"/>	イップス	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能亢進症
<input type="checkbox"/>	脇腹の痛み	<input type="checkbox"/>	スポーツのスランプ	<input type="checkbox"/>	疲労感
<input type="checkbox"/>	首の痛み	<input type="checkbox"/>	ジストニア・痙性斜頸	<input type="checkbox"/>	むくみ
<input type="checkbox"/>	首の凝り	<input type="checkbox"/>	ジストニア・書痙	<input type="checkbox"/>	冷え性
<input type="checkbox"/>	寝違え	<input type="checkbox"/>	ジストニア・発声障害		循環器の症状
<input type="checkbox"/>	むち打ち症	<input type="checkbox"/>	チック症	<input type="checkbox"/>	貧血
<input type="checkbox"/>	頸部捻挫	<input type="checkbox"/>	人前で緊張	<input type="checkbox"/>	高血圧症、低血圧症
<input type="checkbox"/>	胸郭出口症候群	<input type="checkbox"/>	自律神経失調症	<input type="checkbox"/>	立ちくらみ
<input type="checkbox"/>	筋肉のけいれん、痛み	<input type="checkbox"/>	過食症(神経性)	<input type="checkbox"/>	胸がドキドキ
<input type="checkbox"/>	筋緊張性頭痛	<input type="checkbox"/>	仕事・家事・学業ができない		生殖器・泌尿器の症状
<input type="checkbox"/>	片頭痛		耳鼻咽喉・肺の症状	<input type="checkbox"/>	初期の糖尿病
<input type="checkbox"/>	肩関節痛	<input type="checkbox"/>	花粉症	<input type="checkbox"/>	生理不順
<input type="checkbox"/>	五十肩	<input type="checkbox"/>	慢性鼻炎	<input type="checkbox"/>	生理痛
<input type="checkbox"/>	肩甲骨間の痛み	<input type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	下腹部の痛み
<input type="checkbox"/>	手・指の痛み・しびれ	<input type="checkbox"/>	咳	<input type="checkbox"/>	妊娠中の腰痛
<input type="checkbox"/>	手根管症候群	<input type="checkbox"/>	中耳炎	<input type="checkbox"/>	乳房の痛み
<input type="checkbox"/>	肩のスポーツ障害	<input type="checkbox"/>	耳づまり	<input type="checkbox"/>	子宮筋腫関連症状
<input type="checkbox"/>	肘のスポーツ障害	<input type="checkbox"/>	耳鳴り	<input type="checkbox"/>	子宮内膜症関連症状
<input type="checkbox"/>	野球肩	<input type="checkbox"/>	めまい(自分が回る)	<input type="checkbox"/>	卵巣のう腫関連症状
<input type="checkbox"/>	野球肘	<input type="checkbox"/>	めまい(周りが回る)	<input type="checkbox"/>	不妊症 女性・男性
<input type="checkbox"/>	テニス肘	<input type="checkbox"/>	メニエール病	<input type="checkbox"/>	更年期障害
<input type="checkbox"/>	股関節の痛み	<input type="checkbox"/>	乗り物酔い	<input type="checkbox"/>	性欲の問題 女性・男性
<input type="checkbox"/>	恥骨部の痛み	<input type="checkbox"/>	味覚症状		乳幼児～小児の症状
<input type="checkbox"/>	膝関節の痛み	<input type="checkbox"/>	唾液がでない・口が乾く	<input type="checkbox"/>	湿疹
<input type="checkbox"/>	足関節の痛み	<input type="checkbox"/>	視力の問題	<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/>	足・指の痛み・痺れ	<input type="checkbox"/>	ドライアイ	<input type="checkbox"/>	夜泣き
<input type="checkbox"/>	歩行困難	<input type="checkbox"/>	疲れ目	<input type="checkbox"/>	便秘、下痢、嘔吐
<input type="checkbox"/>	線維性筋痛症	<input type="checkbox"/>	なみだ目	<input type="checkbox"/>	おねしょ
<input type="checkbox"/>	ムズムズ脚症候群	<input type="checkbox"/>	喉がつかえる		歯科・口腔科的症状
	アレルギーの症状	<input type="checkbox"/>	風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/>	顎関節症
<input type="checkbox"/>	飲食物アレルギー	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	歯の知覚過敏
<input type="checkbox"/>	接触アレルギー	<input type="checkbox"/>	神経性の咳	<input type="checkbox"/>	歯周病
<input type="checkbox"/>	金属アレルギー	<input type="checkbox"/>	鼻水、鼻づまり	<input type="checkbox"/>	舌の痛み
<input type="checkbox"/>	季節性アレルギー	<input type="checkbox"/>	後鼻漏		外傷後・手術後の愁訴
<input type="checkbox"/>	花粉・排気ガスアレルギー	<input type="checkbox"/>	慢性副鼻腔炎	<input type="checkbox"/>	外傷後の痛み
<input type="checkbox"/>	運動誘発アレルギー	<input type="checkbox"/>	においに敏感	<input type="checkbox"/>	外傷後の違和感
<input type="checkbox"/>	化学物質過敏症	<input type="checkbox"/>	音に敏感	<input type="checkbox"/>	術後の痛み
	皮膚の症状		消化器・泌尿器の症状	<input type="checkbox"/>	術後の違和感
<input type="checkbox"/>	蕁麻疹	<input type="checkbox"/>	胃痛		その他の症状はご記入ください
<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	胃・十二指腸潰瘍		
<input type="checkbox"/>	円形性脱毛症	<input type="checkbox"/>	過敏性大腸炎		
<input type="checkbox"/>	にきび	<input type="checkbox"/>	潰瘍性大腸炎		
	メンタル・行動の問題	<input type="checkbox"/>	下痢		
<input type="checkbox"/>	ゆううつ	<input type="checkbox"/>	便秘		
<input type="checkbox"/>	不眠(入眠・途中・早朝)	<input type="checkbox"/>	おならがよくでる		
<input type="checkbox"/>	イライラ	<input type="checkbox"/>	痔の症状		
<input type="checkbox"/>	不安	<input type="checkbox"/>	頻尿		

