

# 問診票

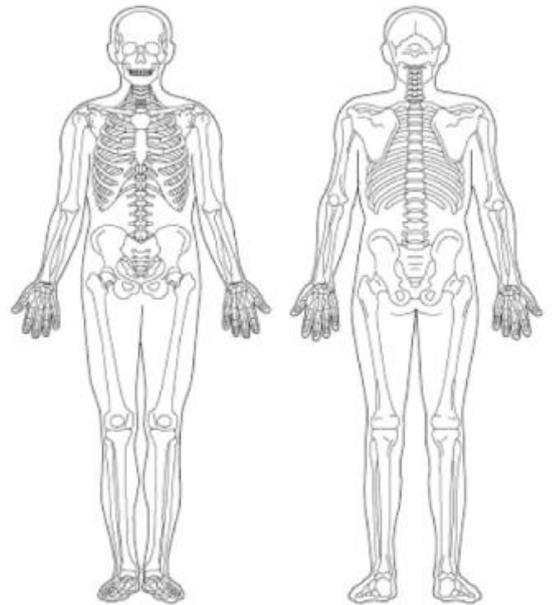
初診・再診

来院日 平成 年 月 日

この問診票は、あなたの健康状態を把握し、適切なケアを行うために必要な情報になります。

ふりがな		男 女	生年月日	
氏名			明 大 昭 平	年 月 日 歳
ふりがな			ご連絡先	
住所	〒	自宅 ( )		携帯 ( )

①どうなさいましたか？（右記の図の症状がある部位に○してください。）



②どのような症状ですか？（下記に○してください。複数可）

痛い しびれる 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？ ( )

いつが一番辛いですか？ ( 朝 昼 夕 夜 )

④この症状になった原因に思い当たることはありますか？

⑤病院で以下の検査はしましたか？

MRI：した・していない  
レントゲン：した・していない  
CT：した・していない  
血液検査：した・していない  
超音波検査：した・していない

⑥現在治療中、または過去に患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 閉そく性動脈硬化症)

⑦過去に手術歴、外傷歴（ケガや事故）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）  
病院にはかかりましたか？ ない・ある（整形外科・内科・神経内科・心療内科・脳外科・循環器科）

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。

ご結婚されてますか？	独身	・	既婚	（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
介護者はいますか？	（	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？ 飲まない ・ 飲む（1日に飲む量）  
タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う（1日に吸う量）  
食事は一日何食食べますか？ 3食・2食・1食  
睡眠は1日何時間とれていますか？（9～7時間・6～4時間・3時間以下）  
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  
職業は何ですか？（職業名：）  
仕事内容は？ 肉体労働 ・ デスクワーク（事務系・PC系） 両方  
営業（徒歩・車・その他） 出張多い（車・飛行機・新幹線）  
仕事でよくする姿勢、動作はありますか？ 特にない・座位・立位・中腰・反復動作・車の運転

⑬スタッフ教育のため治療見学をさせてもらってよろしいですか？ はい ・ いいえ

⑭当院からお知らせはがきをお送りしてもよろしいですか？ はい ・ いいえ

**※言葉で表現することが難しい場合は問診時に細かく伺いますが、できるだけ全ての項目をご記入ください。**

**ご協力をお願いいたします。**

**※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。**

# 初めて治療を受けるにあたって

本日は当院をお選びいただきありがとうございます。当院ではスムーズに治療を進めるために、初めてご来院された方へご質問をさせていただいておりますので、ご協力お願い致します。

## ◎現在の症状をどのようにしたいですか？当てはまる番号すべてに○をつけて下さい。

- 1、今回は応急処置として症状だけ楽になればよい。
- 2、症状が軽くなった後も、予防をかねた治療を定期的に受けたい。
- 3、治療期間が長くなっても、出来るだけ治療費を安くおさえない。
- 4、多少治療費がかかっても、とにかく早く治したい。
- 5、忙しいので、できれば自分のペースで通院したい。
- 6、早く治すためなら、スケジュール調整をして指示通り通院したい。
- 7、わからないので相談したい

## ◎もし通う必要があるとすれば、どのくらいの頻度で通えますか？

- 週に 2回 週に 1回 2週に 1回 1カ月に 1回 通えない

## ◎施術中のご希望はございますか？

- 説明やアドバイスを受けたい 静かに施術を受けたい 会話を楽しみたい

## ◎今までに経験されたことのある治療法に○を付けて下さい。

- 1、鍼治療 2、灸治療 3、マッサージ 4、整体・カイロプラクティック  
5、注射 6、電気治療 7、筋膜リリース 8、お薬・漢方 9、なし

HP を見てご来院された方へアンケートのお願い

当院では『患者さんにより親切で分かりやすいホームページ作り』のためにアクセスの経緯をお聞きしています。つきましては大変お手数をお掛けいたしますが、以下のアンケートへのご協力をよろしくお願いいたします。

## ◎検索エンジンは何を使用しましたか？

当てはまるものに○、もしくは直接記入をしてください。

- 1、Yahoo! 2、Google 3、スマホ その他・本雑誌など ( )

## ◎検索ワードは何を入力しましたか？ ( ) ※複数可

## ◎当院を選ぶ決め手となったページは何ですか？ ※複数可

- 1、治療方針 2、診療内容 3、施術料金 4、治療の流れ 5、ブログ 6、プロフィール  
7、患者さんの声 その他 ( )

## ◎検索サイトを使用した方はどこのサイトを使用しましたか？

- 1、エキテン! 2、EPARK 3、しんきゅうコンパス 4、こだいらネット  
5、腰痛ナビ 6、福利厚生

ご協力ありがとうございました。