



問診表

1. インターネット 2. 看板 3. 新聞 4. 雑誌 5. 紹介 6. その他				初診日 H 年 月 日	
フリガナ		既婚	男	血液型 A・B・O・AB	
氏名		・	・	M・T・S・H 生年月日	
		未婚	女	年 月 日 才	
住所	〒				
TEL	()	携帯	()	職業	
身長	cm	体重	kg	血压	～
				メガネ ・ コンタクトレンズ	

現在もっともつらい症状は？

痛い ・ しびれ ・ 脱力 ・ だるさ
 その他 _____

症状はいつからですか？ _____

原因に心あたりはありますか？

最近病院で診断を受けましたか？ (はい ・ いいえ)

病院名 _____ 診断名 _____

現在、整形外科・鍼灸院・接骨院に通院されていますか？

(はい ・ いいえ)

鍼灸院・接骨院での治療経験はありますか？

(はい ・ いいえ)

1日のうちで症状に変化はありますか？

動作時がつらい ・ 朝がつらい ・ 夕方がつらい
 夜がつらい ・ 就寝中がつらい ・ その他 _____

今までにアレルギー等を起こしたことがありますか？

(ない ・ アルコール ・ 薬剤 ・ 湿布 ・ 金属 ・ その他 _____)

現在ペースメーカーを使用していますか？また、体内に金属がありますか？

(ない ・ ペースメーカー使用中 ・ 金属あり)

今までに手術（手術の予定）や事故の経験はありますか？

(ない ・ ある) 手術 _____ 事故 _____

慢性疾患は（持病）はありますか？

ない ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 胃潰瘍 ・ 腎臓病 ・ 脳血管障害
 血液疾患 _____ ・ 心身の病 _____ ・ その他 _____

現在、ワーファリン等血液を固まりにくくする薬を服用していますか？

(ない ・ ある)

現在の体調はいかがですか？

睡眠不足 ・ 運動不足 ・ 食欲不振 ・ 便秘症 ・ 頭痛 ・ 冷え症 ・ 手足のしびれ
 首・肩こり ・ 腰痛 ・ 膝痛 ・ その他 _____

女性の方 現在妊娠中ですか？ (いいえ ・ はい 現在 _____ヶ月)

現在、気になる所に○をつけてください。

