

《問診票》

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となりますので、できるだけ詳しくご記入をお願いします。

● あなたの基本情報

初診日	ふりがな	身長	体重	体温
年 月 日	氏名	cm	kg	度
住所 〒 -				
☎携帯 (-)		西暦 生年月日	年 月 日	
ご職業	□会社員 □自営業 □公務員 □主婦 □パート・アルバイト □その他 ()			
婚姻区分	□既婚 □未婚 □離婚 アレルギーの有無 □なし □あり→ ()			
出産について	□なし □あり→ (人)	流産経験: □あり □なし	妊娠中の方: 予定日 (年 /)	

● 来院に当たって

- (1) 当院に来院するきっかけを教えてください(複数回答可)
□紹介 (様) □Google Map □エキテン □通りがかり □ホームページ □その他
- (2) どんな言葉でホームページを検索しましたか? 【例: 堺市 坐骨神経痛】
()
- (3) 当院を来院され、あなたはどのゴール設定(目的)をお考えですか?
□今ある症状が取ればそれでいい(症状改善期)ステージ1
□症状の原因を根本的に改善していきたい(根本改善期)ステージ2
□再発を未然に防ぎ、仕事や趣味を楽しめるよう定期的にケアしていきたい(メンテナンス期)ステージ3

● 症状について

(4) ① 該当する痛みやお悩みの個所にチェックを入れてください

- 頭～首 : □頭痛 □めまい □耳鳴り □首痛 □肩こり □顎痛 □ストレートネック □頸椎ヘルニア □頸腕症候群
上肢 : □肩痛 □五十肩 □肘痛 □手首痛 □腱鞘炎 □ばね指 □手根管症候群 □手のしびれ
背中～腰 : □背部痛 □胸部痛 □腰痛 □脊柱管狭窄症 □椎間板ヘルニア □坐骨神経痛 □恥骨痛 □猫背
下肢 : □臀部痛 □股関節痛 □膝痛 □オスグット □足首痛 □足底筋膜炎 □外反母趾 □足のしびれ
その他 ()

③その症状はいつ頃からですか?

②痛い場所に「○」、しびれは「△」をつけて
○や△の中に強さの度合いを記入してください。
例: ⑧(最も強い度合いを10とした場合)

④原因となるきっかけがあれば教えてください

⑤その症状を病院や整形外科で診てもらいましたか?
(はい ・ いいえ)

⑥そこではどのような検査をしましたか?

□レントゲン □CT □MRI □血液検査 □尿検査 □その他

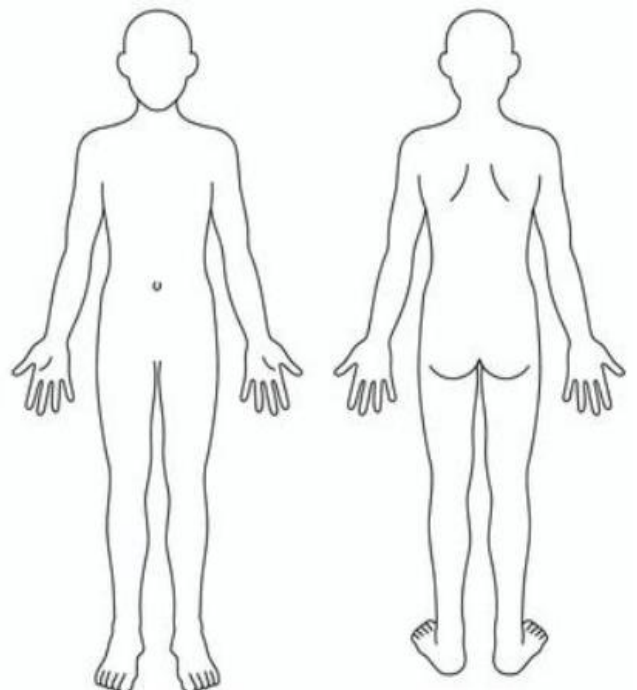
⑦検査の結果、どのようにいわれましたか?

⑧そこではどのような治療を受けましたか?

□薬 □注射 □電気 □マッサージ □ストレッチ □その他

⑨今回の症状は過去にも経験したことはありますか?

□ない □ある → いつ頃 () → 今回で () 回目



●現在・過去の健康状態について

(5) 今までに大きなケガをされたことはありますか

なし 骨折 脱臼 捻挫 交通事故 階段転倒 その他 ()

(6) 今までに病気やケガで入院・手術をしたことはありますか ない ある (年 月)

(7) 以下の病気にかかったことがあればチェックを入れ、また現在も治療中の場合は○で囲んでください

腎炎 腎盂腎炎 膀胱炎 血尿 タンパク尿 肝炎 肝硬変 脂肪肝 膵炎 糖尿病 生理痛

生理不順 子宮内膜症 子宮筋腫 卵巣嚢腫 心筋梗塞 狭心症 心電図異常 喘息 肺炎 気管支炎

結核 良く風邪を引く 扁桃炎 副鼻腔炎 盲腸 便秘 腫瘍 その他 ()

(8) 現在薬やサプリメントを服用されていますか？

いいえ はい (種類:)

(9) 今まで歯科矯正や虫歯治療(抜歯)をされたことがありますか？

ない ある

(10) 次の検査は最近ではいつ頃しましたか？また検査で異常を指摘されたことはありますか？

	6か月以内	1年以上前	異常を指摘されたことがある(過去も含む)
レントゲン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT/MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

●生活習慣について

(11) 嗜好品について

アルコール 飲まない 時々 毎日(酒 合/日) (ビール(350ml) 本/日)

タバコ 吸わない 止めた 吸う→ () 本/日

飲み物 水・お茶 炭酸飲料 清涼飲料水 コーヒー (杯/日)

お菓子 食べない たまに よく食べる (スナック菓子 ・ チョコ ・ アイス ・ 洋菓子 ・ 和菓子)

(12) 食生活について

① 食欲: 旺盛 普通 ない ② 食事: 自炊が中心 外食が多い 偏食

③ 食事の時間: 規則的 不規則 ④ 食事回数: () 回

(13) 運動歴について

① 幼少期からの運動歴を教えてください (例: 幼 水泳 小 中 高 野球)

② 現在、体を動かしていますか？

いいえ はい → (頻度: 毎日 隔日 週1~2回 月1ぐらい)

(15) 睡眠について

① 就寝時間について 就寝時間 () 時頃 ~ 起床時間 () 時頃

② 熟睡感はありますか? ある ない (ない理由 :)

③ 布団に入りスマホを使う習慣はありますか? ない ある

●個人情報の取り扱い

1. 当院サービス・各種イベント・そ課他ご案内に関する輸送物・電話・電子メール等課方法によるご案内。

2. 商品およびサービス課開発・改善・顧客満足度向上課ため課アンケート調査課実施。3. お問い合わせなどへ課対応。4. 緊急課ご連絡