

問診表

お名前 _____ (男 ・ 女) _____ 歳

郵便番号 _____

ご住所 _____

職業 _____ お電話番号 _____

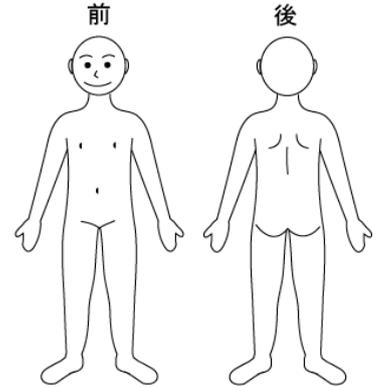
1・どのような症状でお困りですか

具合の悪い箇所に○をつけて下さい

2・それはいつ頃からですか

3・原因となるきっかけが思い当たりましたらお書き下さい

4・今の症状で、現在・過去に治療を受けていますか (はい ・ いいえ)



→ 「はい」の方へ

・病院/治療院名 _____

・どのような診断でしたか _____

・治療方法 _____

・また、その治療で変化はありましたか (良くなった ・ 悪くなった ・ 変わらない ・ その他 [])

・現在も投薬を受けていますか。 (はい ・ いいえ)

・薬の名前がわかりましたらお書き下さい _____

5・痛みはどのような時に起きますか 例 ・立ち上がる時 特に朝起きるときに痛む など

6・痛みが楽になる姿勢はありますか

7・逆に痛みがひどくなる姿勢はありますか

8・内科的疾患はありますか

9・現在の症状の他に、かかった病気やケガ・持病はありますか

10・女性の方への質問です 妊娠していますか、又、その可能性はありますか

(はい ・ いいえ) はいの方 → _____ ヶ月

他に伝えておきたいことがあればご記入下さい