

問 診 票

令和 年 月 日記入

氏名 _____ 男 ・ 女 生年月日 昭和 _____ 平成 _____ 年 月 日 _____ 才

ご職業:(_____) 未婚 既婚 携帯 _____

住所 _____ 市 _____ 区 ※大阪市・神戸市。京都市は区まで記入を

自宅からの通院時間 _____ 時間 _____ 分 (車 ・ 電車 ・ 自転車 ・ 徒歩)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

最近6ヶ月の間で、体重が(_____)kg 増えた・減った・変わらない 病気になる前の体重 _____ kg

1. 本日受診された主な症状はなんですか

- ・腰痛 ・坐骨神経痛 ・肋間神経痛 ・五十肩 ・むち打ち ・肩こり ・ひざ痛(歩行や正座が困難) ・足底痛 ・手関節痛
- ・足の側部痛(腸脛靭帯神経痛) ・足首の捻挫 ・肘関節痛 ・古傷(骨折・手術など)の痛み(激痛) ・リウマチ ・糖尿病
- ・頭痛 ・神経からくる歯痛 ・生理痛 ・生理不順 ・不眠 ・イライラ不安などの神経症 ・うつ病 ・便秘 ・下痢 ・頻尿 ・むくみ
- ・脳梗塞の後遺症による麻痺 ・脊柱管狭窄症 ・眼精疲労 ・仮性近視 ・めまい ・ふらつき ・食欲不振 ・食べ過ぎ傾向
- ・肌つやが悪い ・姿勢が悪い ・痩せたい ・体が硬い ・ストレスが溜まっている・瑞々しい感性を失ってしまった ・爽快感がない
- ・不感症 ・インポテンツ傾向 ・心、体、頭のキレが鈍くなってきた ・スタミナがない ・慢性的な疲労感がある
- ・その他(_____)

2. その症状はいつ頃から続いていますか (_____)頃から

3. 今までにかかった病気を教えてください

- 胃潰瘍 糖尿病 肝臓病 腎臓病 心臓病 喘息 結核 血液疾患
- 網膜症 神経症 リウマチ 甲状腺 膠原病 老人性痴呆 脳卒中
- その他(_____)

▲ 上記疾患の病名は?(_____)

※ 感染症は、必ず病名を書いてください。

▲ いつ、その病気がわかりましたか?(昭和・平成 _____ 年頃)

4. 今までにどのような治療を受けて来られましたか?(該当に○)

- ・ 整体 ・ 鍼灸 ・ カイロプラクティック ・ その他(_____)

5. 現在、病院で治療中ですか? (はい いいえ)

(_____ 年から) (_____ 病院・医院)

6. 日常生活について (該当するものに、レのチェックをしてください)

- 特に支障はない 日中でも時々横になる 軽い労働をしている
- 家の中なら自由に動ける 短時間なら外出が出来る 1日の半分位は横になっている
- 日中はほとんど横にならない トイレ以外は寝ている

7. 輸血をされたことがありますか? いいえ ・ はい ⇒ (いつ? _____ 年)

※ 刺青・タトゥーのある方は、ご遠慮いただいております。直径10cm以内のワンポイントのみ可とします。