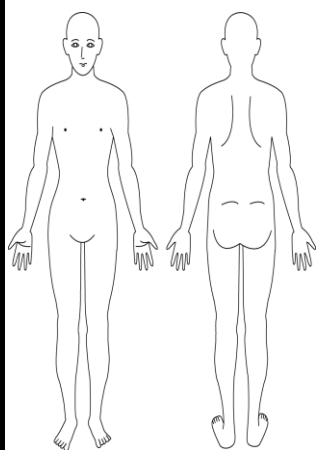


# 問診票

平成 年 月 日

当院では、初めてご来院の方には問診票の記入をお願いしております。

(ふりがな) 氏名		生年月日 大・昭・平 年 月 日( 歳) 未婚・既婚	
住所 〒		TEL(携帯): メールアドレス: *当日メールで予約時間のご案内をしますので、必ずご記入下さい ご職業:	
1. 当院を何で知られましたか? <input type="checkbox"/> ご紹介( 様より) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 雑誌 <input type="checkbox"/> 新聞折込 <input type="checkbox"/> 地域新聞 <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> 他サイト( ) 検索キーワードは何でしたか?( )			
2. 当てはまるものはどれでしょうか?(複数可) <input type="checkbox"/> この辛さをなんとかしたい <input type="checkbox"/> 長年悪いので当院が最後の治療院にしたい <input type="checkbox"/> 気長に通いたい <input type="checkbox"/> 効果が優先で料金は気にしない <input type="checkbox"/> 今の状態から悪くならないようにしたい <input type="checkbox"/> 体のチェックをして欲しい <input type="checkbox"/> どんなものか試しに来た <input type="checkbox"/> 短い時間(30分以内)で治療して欲しい <input type="checkbox"/> その他( )			
3. 現在お困りの症状はどれでしょうか?(複数可) 内科・婦人科・アレルギー含む <input type="checkbox"/> 痛み( ) * 痛みの出る動作( ) * なぜその痛みを取りたいか( ) <input type="checkbox"/> 体質( ) ◎ <u>これからどうなりたいですか?</u> ( )			備考欄 * 痛みの部位 
4. その症状を病院で診てもらったことはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名又は医師の説明( )			
5. 病院で検査は受けましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
6. 受けた検査と検査結果を教えてください。 <input type="checkbox"/> レントゲン(異常・異常なし) <input type="checkbox"/> MRI(異常・異常なし) <input type="checkbox"/> 血液検査(異常・異常なし) <input type="checkbox"/> 尿検査(異常・異常なし) <input type="checkbox"/> その他 _____(異常・異常なし)			
7. 今までのどこで治療を受けましたか?(複数可) <input type="checkbox"/> 病院( 科) <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> カイロプラティック <input type="checkbox"/> 針 <input type="checkbox"/> その他( )			
8. 該当する項目にチェックを入れてください。(複数可) 辛い時間帯: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 夕方以降 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常に 既往歴: <input type="checkbox"/> 大きな怪我 <input type="checkbox"/> 大きな病気 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 手術歴あり <input type="checkbox"/> 高・低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高コレステロール <input type="checkbox"/> 他の臓器疾患 体質: <input type="checkbox"/> 冷え症 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 不眠症 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> その他のアレルギー他の症状: <input type="checkbox"/> 疲れ目 <input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 偏頭痛 <input type="checkbox"/> 咳や痰 <input type="checkbox"/> 生理痛 生活: <input type="checkbox"/> 強いストレス <input type="checkbox"/> 運動習慣なし <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 睡眠不足			
9. 現在服用中のお薬はありますか?(例 名称:ロキソニン 目的:痛み止め) ①名称: 目的: ②名称: 目的: ③名称: 目的: ④名称: 目的:			
10. 医師から受けている禁忌事項はありますか?(服薬、運動、飲食制限など) ① ②			