

# 問診表

No. \_\_\_\_\_

来院日  
年 月 日

ふりがな  
氏名

生年月日 大正・昭和・平成・令和

男  
女

年 月 日生  
( 歳)

〒  
住所

電話番号

携帯電話

## 1. 痛い部位・気になる部位を教えてください？

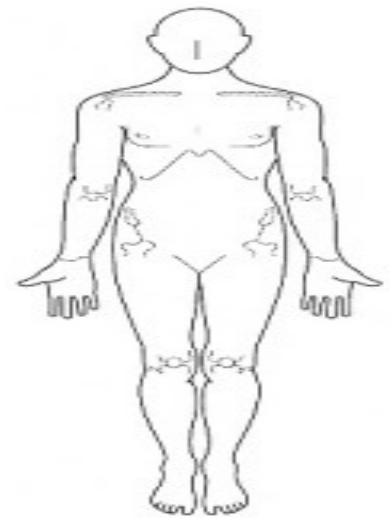
首・肩・肘・腕・手首・手指・背中・胸部・腰

股関節・太もも・膝・すね・ふくらはぎ・足・足指

その他 ( )

痛い部分に○をする

↓↓↓



## 2. 何をして痛めましたか？

分かる場合⇒

## 3. いつ痛めましたか？

今日・昨日・おととい・一週間前・二週間前

・その他( )

## 4. 場所はどこですか？

自宅・平坦な道路・階段・坂道・体育館

グラウンド・学校・職場・お店・その他 ( )

## 5. どんな動きで痛みや気になりますか？

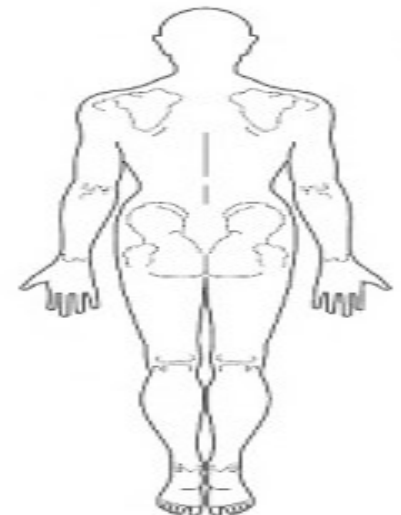
## 6. 下記で診療を受けたことがありますか？

いいえ・はい (病院・接骨院・鍼灸院・その他)

検査⇒CT・MRI・レントゲン・エコー・血液検査

## 7. 当院をどのようにして知りましたか？

SNS・近所 (家・会社) ・紹介 (紹介者名: ) ・その他 ( )



裏に続きます。

## 問診表裏 質問

1. 次のうち施術経験のあるものを教えてください。

マッサージ・はり・お灸・ストレッチ・テーピング・カイロプラティック・その他 ( )

2. 次のうち施術を受けてみたいものを教えてください。

マッサージ・はり・お灸・ストレッチ・テーピング・カイロプラティック・その他 ( )

3. 灸(きゅう)・ヨモギアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

4. 現在もしくは過去にかかっている病気、ケガ、入院や手術の経験があれば教えてください。

脳・心臓病(ペースメーカー)・肝臓・がん・糖尿・血圧・婦人病・リウマチ  
大腸・甲状腺・透析・人工関節・金属・アレルギー・骨折(部位: )  
寝違え・ぎっくり腰・足首をくじいた(左・右)・その他 ( )

4. 今、飲まれているお薬はありますか？

ない・ある⇒薬名または薬の作用:

5. 通常の高血圧数値はいくつですか？

⇒ 上 下

6. 今までどのようなスポーツをしてきましたか？

していない・した⇒スポーツ名及び経験年数:

7. 現在、妊娠の可能性はございますか？

⇒ はい ・ いいえ

8. お仕事や日常生活で多い動作を教えてください。

車の運転・書き物やパソコン作業・座っていること・立っていること  
重い物を持つ・階段の昇降・体をよく動かす・その他 ( )

9. もみ返しや内出血が起きやすいですか？

⇒ はい ・ いいえ

10. ほぐし方やハリ刺激の希望強さはありますか？

⇒ 弱め ・ 強め

## 同意書

当院からお知らせはがきなど、ご連絡する場合があります

⇒ 受けとれます ・ いない

経過観察や当院の技術向上の為、写真・動画撮影をお願いすることがあります

⇒ 撮影は可能 ・ 不可

施術中の会話はできるだけ控えたいですか？ ⇒ はい ・ いいえ話したい

初回施術のあと、2, 3日痛みやだるさが出やすいです。ゆっくり体を休ませてください。

鍼や灸を行ったあと、出血や色がついたり、水膨れを伴う場合があります。

上記で知り得た個人情報、治療目的以外には使用いたしません。

令和 年 月 日 名前: