

予 診 票

初回来院日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 歳
氏 名				
住 所	〒	職 業	会社員・自営業・公務員・パート・主婦・学生	
			その他()	
自宅電話		携帯電話		
E-Mailアドレス		@		
☐ ご紹介(御紹介者: 様) または他に当院を知ったきっかけは何ですか? ☐ ホームページ ☐ Google ☐ SNS ☐ チラシ ☐ 通りがかり ☐ その他() ※どんな言葉でホームページを検索しましたか? 例:文京区 骨盤底筋 ()				

★ 身長 cm 体重 kg 血圧 / mmHg 脈拍 /分 体温 ℃

1. 今回はどのような症状で来院されましたか?

☐腰痛 ☐肩こり ☐頭痛 ☐首痛 ☐肩の痛み(右・左) ☐背中の痛み ☐胸部の痛み ☐腹部の痛み(上部・下部)
☐ひじ(右・左) ☐手のしびれ(右・左) ☐手首(右・左) ☐股関節痛(右・左) ☐骨盤の痛み ☐骨盤の歪み
☐ひざ(右・左) ☐足のしびれ(右・左) ☐足首(右・左) ☐動悸 ☐めまい ☐耳鳴り ☐のどのつまり感 ☐胃もたれ
☐尿漏れ ☐頻尿 ☐便秘 ☐便失禁 ☐冷え(手・足・お腹) ☐むくみ ☐疲れやすい ☐ヒップのたるみ ☐ぽっこりお腹
☐眠れない ☐その他()

2. それはいつ頃から、何がきっかけですか?

3. その症状を病院で診てもらいましたか? (はい・いいえ)

診断の結果、どのように言われましたか? → ()

4. そこではどのような治療(薬を含む)を受けましたか? ()

5. 過去に大きなケガや病気(または現在かかっている病気)、事故、骨折、手術などをしたことがありますか?

☐無 ☐有→() →いつ頃()
 →() →いつ頃()

6. 定期的に健康診断を ☐受けている ☐受けていない。指摘された項目は ☐無 ☐有→()

7. アレルギーはありますか? ☐無 ☐有→()

8. 現在、常用している薬はありますか? ☐無 ☐有→()

9.定期的に運動をしていますか? ☐している→何?() 週に()回、()時間

☐していない→() 年・ヶ月 ☐過去にはしていた→いつ?() 何?()

10.女性の方へお聞きします。

・月経の状態はいかかですか? ☐順調 ☐不順→() ☐閉経

・出産経験はありますか? ☐ある→子供は()人 ☐ない ☐現在妊娠() 週・ヶ月 ☐授乳中

11. 現在、あなたができなくなっていることや支障がでていることはなんですか? (複数回答可)

☐普通の生活 ☐睡眠 ☐趣味 ☐運動 ☐勉強 ☐仕事 ☐家事 ☐育児 ☐その他()

12. 今回、当院に来院された目的は何ですか? (どこにゴール設定をしたいですか?)

- ☐今ある症状が取ればそれでいい【症状改善】(ステージ1)
☐症状の原因を根本的に治していきたい【根本改善】(ステージ2)
☐今後起こりうる痛みや症状を未然に防ぎたい【再発予防】(ステージ3)
☐免疫力を高め、健康的な体に作り変えていきたい【体質改善】(ステージ4)
☐末永く仕事や趣味を存分に楽しめるよう、定期的にケアをしていきたい【健康増進】(ステージ5)

13. その他、お悩みや相談したいことがあればお書きください。