

予診票

No.()

平成 年 月 日

※この予診票は、あなた様の健康状態を把握し、適切なケアを行うために必要な情報となります。

質問内容が分かりにくい場合は遠慮なくお尋ねください。

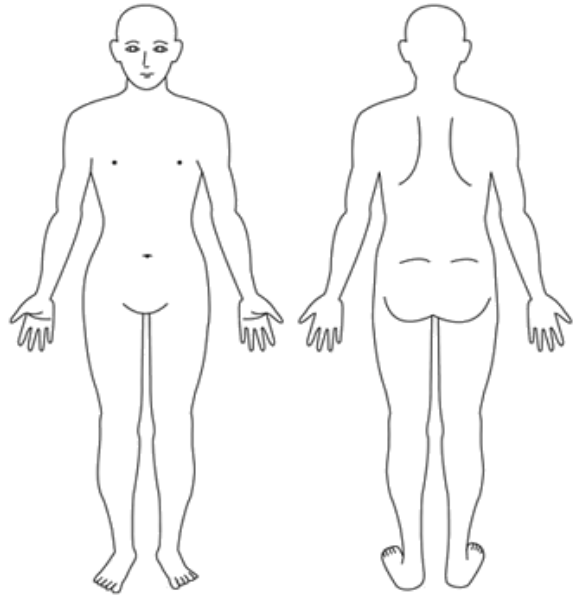
ふりがな			住所	〒 -	
お名前		男 女			
生年月日	大・昭・平	年 月 日	電話番号	自宅	()
ご職業				携帯	()
身長	体重	体温	最高血圧	最低血圧	
cm	kg	℃	mmHg	mmHg	

当院を何でお知りになりましたか？

- ご紹介 () 様) ホームページ エキテン facebook ブログ
 他院からの紹介() 看板 チラシ 家・職場に近い タウンページ
 その他 ()

当院に来院された理由を教えてください

- ① お困りのこと、解決したいお悩みをお知らせください。
また、右の図に具合の悪い箇所には○をつけてください。



- ② 何をしていたその症状が出ましたか？
または、どんなときにその症状に気づきましたか？

- ③ それはいつ頃からですか？ () 日前から
() 週間前から
() カ月前から
() 年前から

- ※ また、過去にも同じような症状や痛みが出たことはありますか？ はい いいえ
はいの場合、それはいつ頃でしたか？ () 週間前から
() カ月前から
() 年前から

- ④ 上記の症状で、今までに受けた検査・治療はありますか？

- 病院 整形外科 整骨院 はり・きゆう カイロプラクティック
 整体 マッサージ 市販薬 治療経験なし その他 ()

- ⑤ 今まで経験した痛みの中で、一番痛みが強かったご経験を教えてください。例).骨折、むちうち、出産 など

※ また、その経験した最も強い痛みを10とした場合、今回の痛みはどれくらいですか？

/10

予診票

No.()

平成 年 月 日

お身体の状態で、該当するものすべてに☑をつけてください。

症状	どんな時に症状が出ますか？				その症状や痛みが出る部位ははっきり分かりますか？	いつ頃からですか？	これまでに受けた治療・検査はありますか？
	動く時	触ると	寝る時	ずっと			
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 耳鳴り <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 立ちくらみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> ふらつき	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
						() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 焦燥感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 目の疲れ、かすみ かゆみ、まぶしい <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
						() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 胸のつかえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 食後の胃腸不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 胃部不快感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 下痢しやすい						() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 便秘	(週に 回)						
<input type="checkbox"/> 冷え性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
<input type="checkbox"/> 妊娠中	(妊娠 カ月)						
<input type="checkbox"/> 不妊症						() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 生理不順 どのような症状ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
	()					() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 生理痛 どのような症状ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	()						
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 足のもつれ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() 日前から	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院 <input type="checkbox"/> 整体
<input type="checkbox"/> つまづきやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		() カ月前から	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 外反母趾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	() 年前から	<input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> O脚 <input type="checkbox"/> X脚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

予診票

No.()

平成 年 月 日

以下の質問事項にお答えください

①睡眠についてお伺いします			
睡眠時間は？	時間	熟睡できていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
睡眠について、相談・検査・治療の経験はありますか？		<input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ
②食事についてお伺いします			
食欲はありますか？	<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ない	好き嫌いは多いですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食事について、相談・検査・治療の経験はありますか？		<input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ
③今まで、または現在の治療歴についてお伺いします			
今までに大きなケガや病気、手術をしたことがありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
▶ 傷病名() いつ() どこで()			
現在、治療中のケガや病気はありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
▶ 傷病名() いつから() どこで()			
④現在、服用している薬、サプリメントはありますか？		<input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤アレルギーや薬の副作用がでたことはありますか？		<input type="checkbox"/> はい ()	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥次の検査を、最近ではいつ頃受けられましたか？			
レントゲン検査	<input type="checkbox"/> 6か月以内	<input type="checkbox"/> 1年以内	<input type="checkbox"/> 1年以上前 ()
血液検査	<input type="checkbox"/> 6か月以内	<input type="checkbox"/> 1年以内	<input type="checkbox"/> 1年以上前 ()
尿検査	<input type="checkbox"/> 6か月以内	<input type="checkbox"/> 1年以内	<input type="checkbox"/> 1年以上前 ()
⑦嗜好品についてお伺いします			
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 毎日 (/ 日)
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 毎日 (本 / 日)
まだ他に、あなた様のお身体のことについて聞いておいた方がいいこと、解決したいことがあれば、ご自由にお書きください。			

たくさんの質問に答えていただき、ありがとうございました。

当院における個人情報の取扱い

当院では、個人情報の重要性を認識しています。

患者さまからお預かりした個人情報については、下記の目的のみにおいて使用させていただきます。

1. 当院のサービス、各種イベント、その他ご案内に関する郵便物、電話等の方法によるご案内
2. 商品及びサービスの開発、改善、顧客満足度向上のためのアンケート調査の実施
3. お問い合わせなどへの対応
4. 緊急のご連絡



ついでるケア