

# 問 診 表

治療上大切です。詳しくご記入下さい

平成 年 月 日

フリガナ		住所	〒 _____ マンション名・部屋番号まで詳しくお書き下さい			
お名前						
生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 才 )	自宅 電話		携帯 電話		
職種	<input type="checkbox"/> カ仕事 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 手先の細かい作業 <input type="checkbox"/> その他( )					
どちらで当院をお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ご紹介者名 ( ) <input type="checkbox"/> 以前に受診した <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> フェイスブック <input type="checkbox"/> ツイッター <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<p>Q1: お悩みの症状・箇所を教えてください。</p> <p>・どこで何をした時にその症状が出ましたか？ (健康保険を使用する場合は必ずご記入ください)</p> <p>・それはいつですか？ 今日 ・ 昨日 ・ その他( )</p> <p>・どんな動作や状況でその症状が出ますか？</p> <p>Q2: ご希望はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 健康保険内での治療を希望します (原因のある<b>急性のケガ</b>に限ります)</p> <p><input type="checkbox"/> 自分に最適な治療を充分受けたいので、 健康保険にはこだわらない</p> <p>Q4: 病気やケガ・手術・アレルギー等がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧    <input type="checkbox"/>糖尿病    <input type="checkbox"/>心疾患    <input type="checkbox"/>リュウマチ  <input type="checkbox"/>過去に大きな手術を受けたことがある  <input type="checkbox"/>体内に金属などが入っている  <input type="checkbox"/>妊娠・またはその可能性がある  <input type="checkbox"/>過去に骨折やじん帯損傷などのケガをしたことがある (箇所 )  <input type="checkbox"/>その他、内科的な病気がある ( )</p> <p>Q5: 以前にも同じところを痛めたことはありますか？ はい ・ いいえ</p> <p>いつ頃ですか？ 年 月 日頃</p> <p>そのときの診断名は？ ( )</p> <p>現在、同じ症状で病院や整骨院に通っていますか？ はい ・ いいえ</p> <p>病院または整骨院名 ( )</p>			<p>Q7: 運動の習慣はありますか？</p> <p>現在 :</p> <p>過去 :</p> <p>Q8: 同居のご家族の構成を教えてください 既婚・未婚</p> <p style="font-size: 2em;">[ ]</p> <p>Q9: ご家族はあなたが治療を受けられることをご存知ですか？ はい・いいえ</p> <p>Q10: 治療のため撮影した写真や動画などを当院のホームページブログや院内掲示で使わせていただいてもいいですか？ (同じ症状で不安をお持ちの方には、実際の症例が何よりもお役に立ちます。ご協力いただければ幸いです)</p> <p><input type="checkbox"/>協力してもよい    <input type="checkbox"/>協力できない</p> <p>Q11: 当院での目標は？</p> <p><input type="checkbox"/> まずは今の症状が改善すればよい  <input type="checkbox"/> 改善するだけでなく再発しないようにしたい  <input type="checkbox"/> 再発しないだけでなく、本当に健康な体になりたい</p> <p>Q12: 痛みや症状がなくなって健康を手に入れたら、何にもっと力を注ぎたいですか？</p> <p><input type="checkbox"/>普通の生活    <input type="checkbox"/>仕事    <input type="checkbox"/>学業    <input type="checkbox"/>家事    <input type="checkbox"/>育児  <input type="checkbox"/>趣味    <input type="checkbox"/>旅行    <input type="checkbox"/>スポーツ  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>Q13: 通いやすい曜日と時間帯を教えてください</p> <p>月・火・水・木・金・土 午前・午後 時頃</p>			