

問 診 表

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 力仕事 デスクワーク 立ち仕事 手先の細かい作業
その他()

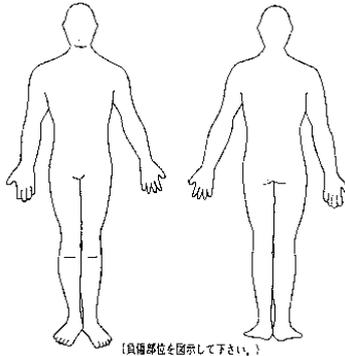
どちらで当院をお知りになりましたか？
ご紹介者名()
以前に受診した ホームページ 通りがかり チラシ エキテン
フェイスブック ツイッター その他()

Q1: お悩みの症状・箇所を教えてください。
 例のように、痛み・違和感のある場所・痛みの程度
 【1～10(最大値)】をご記入ください。

【例】 腰の左側に
強い痛み
左足太ももにしびれ

（真鍮部位を指示して下さい。）

痛み=○
だるい・重い=△
しびれ=×



- それはいつからですか？
今日・昨日・その他()
- 何か思い当たる原因がありますか？
- 何をするのが一番つらいですか？
- 過去にも同じところに痛みや違和感がありましたか？
いつ頃()

Q2: 病気やケガ・手術・アレルギー等がありますか？

高血圧 糖尿病 心疾患 リュウマチ
過去に大きな手術を受けたことがある
体内に金属などが入っている
妊娠・またはその可能性がある
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)
その他、内科的な病気がある()

- Q3: ご希望はありますか？
健康保険内での治療を希望
 (原因のある急性のケガに限ります)
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
- Q4: 当院での目標は？
まずは今の症状が改善すればよい
改善するだけでなく再発しないようにしたい
再発しないだけでなく、健康な体になりたい
- Q5: 痛みや症状がなくなって健康になったら、
 何にもっと力を注ぎたいですか？
仕事 学業 家事 育児 趣味 旅行
スポーツ その他()
- Q6: 同居のご家族の構成を教えてください
 既婚・独身 (例: 夫 30歳、長女 5歳)
- ()
- Q7: 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
- Q8: 通いやすい曜日と時間帯を教えてください
 月・火・水・木・金・土
 午前・午後 時頃
- Q9: 初回の施術後、お体についてご連絡を差し上げる場合がございます。電話以外の連絡方法を教えてください
LINE Facebook スカイプ
メール (必ず届くメールアドレスをご記入ください)
 (@)
- 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けますか？(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役に立ちます。ご協力いただければ幸いです)
- 協力してもよい 協力できない

姿勢習慣チェックシート

記入日 / /

■ 姿勢について

- 座っている時は
 - ①床に座る時間が長い
 - ②椅子やソファに座る時間が長い
- 椅子に腰掛けたときに脚を組みますか？
 - ①組むことが多い
 - ②時々組む
 - ③まったく組まない
- 脚を組む場合、どちらの脚が上ですか？
 - ①左脚
 - ②右脚
- ひじ掛けやクッションなどに寄りかかりますか？
 - ①多い（どちらの方に？ 右 左）
 - ②時々
 - ③全くしない
- 床の上でよくする座り方は何ですか？
(複数回答可)
 - ① 正座
 - ② あぐら
 - ③ 体育座り
 - ④ 長座(足をまっすぐ伸ばして座る)
 - ⑤ 横座り
→足を出すのは ①右 ②左
 - ⑥ 座椅子や壁に寄りかかる
 - ⑦ 片腕を支えにして座る
→支えは ①右腕 ②左腕
- 荷物を肩にかけて移動しますか？
 - ①多い（どちらの肩に？ 右肩 左肩）
 - ②それなりに
 - ③ほぼない
- ヒールの高い靴を週に3回以上履きますか？
 - ①はい
 - ②いいえ
- 自分の姿勢で気になることがあればお書き下さい
〔 〕

■ 習慣について

- 1日にどれくらい歩きますか？
 - ①ほとんど歩かない
 - ② 3,000～6,000 歩
 - ③ 6,000～10,000 歩
 - ④ 10,000 歩以上
- 以前、または現在運動をしていますか？
以前〔 〕
現在〔 〕
- 起床時間・就寝時間を教えてください。
起床_____時 就寝_____時
睡眠時間_____時間
- 食事は摂れているでしょうか？
 バランスよく摂れている
 バランスよく摂れていない
食事の時間帯は適切でしょうか？
 食事時間は適切だ
 食事時間が不規則である
三食きちんと食べていますか
 はい いいえ
- 最近、特に気になっていること、悩んでいること、
ストレスに感じていることはありますか？
〔 〕
- 普段、職場や家などで、これが不調の原因ではないかということがあれば 教えてください
〔 〕
- 1日に何時間パソコン・スマホを使用しますか？
パソコン _____ 時間 スマホ _____ 時間
- 最後に、姿勢測定検査に身長の入力が必要です。
あなたの身長を教えてください。
_____ c m