

初診問診表

初診日西暦

年 月 日

フリガナ

氏名 男・女 生年月日 年 月 日 才 既婚・未婚

携帯アドレス

〒 携帯電話

住所 自宅電話

職業・職種 作業内容

現在の主な症状と発症時の状態

現在の症状はいつから始まりましたか

現在の症状を病院や医師に診察してもらった事がありますか？ YES/NO

病院・医院 病名

鍼灸・マッサージ・接骨・カイロの治療を受けましたか？ YES/NO

治療院 所在地 回数

今までに大きな病気をしましたか？ YES/NO

病名 何年前 入院期間

交通事故にあった事がありますか？ YES/NO

症状 何年前 入院期間

大きなけが、病気で外科的な手術を受けた事がありますか？ YES/NO

部位 症状 何年前 入院期間

当カイロプラクティックセンターをどのようにして知りましたか？

看板 新聞記事 雑誌 テレビ 新聞の折り込み ポストのチラシ フリーペーパー

インターネット-y a h o o g o o g l e 検索キーワード _____

友人・知人の紹介 お名前 _____

次の症状で悩まされた事がありますか？ 該当する項目に○を付けて下さい。

全身について

- 貧血 疲労感 失神
- 寒気 倦怠感 脱力感
- むくみ ()
- ほてり ()
- 冷え ()
- 発汗障害(多・少) 虚弱体質
- アレルギー()
- 目眩 (自分・物が回る)
- 睡眠不足 睡眠異常 過食
- 食欲減退 肥満 神経質
- 自律神経失調症 内分泌疾患
- ガン()

骨

- 骨折()
- 骨粗鬆症 側弯症
- O脚 X脚 猫背

関節

- 痛み()
- 炎症()
- 捻挫()
- 痛風()
- リュウマチ()

筋肉

- コリ(首・肩・背中・腰)
- 痛み()
- 炎症()
- 外傷()
- 肥大 萎縮 ツツパリ感

脳・神経・精神

- 頭痛(前・後・側・頂)
- 脳震盪 意識障害
- 言語障害 てんかん
- ひきつけ チック
- クモ膜下出血 脳卒中
- 集中力低下 坐骨神経痛
- 神経痛
- 神経炎
- しびれ
- 麻痺
- ふるえ
- 躁鬱 いらいら

目

- 痛み 痙攣 赤い
- ぼんやり ちかちか 斑点
- 傷害 斜視 鳥目 幻視
- 黄疸 近視 遠視 乱視
- 複視 老眼 弱視 色盲
- 白内障 緑内障 圧迫感
- 視力：右 _____ : 左 _____
- メガネ コンタクト

耳

- 痛み 耳鳴り 雑音
- 内耳炎 中耳炎 外耳炎
- 膿 難聴 聾唖
- 聴力：右 _____ : 左 _____
- 補聴器()

鼻

- 蓄膿 鼻血 鼻水
- 鼻づまり くしゃみ 匂わない
- 鼻炎 いびき

口

- 咽喉炎 扁桃炎 甲状腺炎
- ひりひり 乾燥 声枯れ
- 痰 嚥下困難 味覚異常
- 口内炎 口角炎 舌炎
- 歯槽膿漏 口臭 虫歯

呼吸器

- 喘息 肺炎 気管支炎
- 咳 喀血 肺結核

消化器

- 痛み 消化吸収不良 嘔吐
- 吐血 吐き気 胃炎
- 胸やけ 胃もたれ 胃下垂
- 膨満感 ガス ゲップ
- 潰瘍()
- 炎症()
- 痔 ()

糞便

- 下痢 便秘 血便
- 排便痛 排便困難
- 色 ()
- 量 ()
- 硬さ()
- 臭い()
- 回数()

心臓・循環器

- 動悸 息切れ 胸痛
- 狭心症 静脈瘤 動脈硬化
- 心筋梗塞 けいれん
- コレステロール過多
- ペースメーカー()

肝臓

- 黄疸 肝炎 肝硬変
- 肝機能低下

胆嚢

- 胆石 胆嚢炎 疝痛発作

膵臓

- 膵炎

皮膚

- 皮膚炎()
- 湿疹 ()
- かゆい 痛い
- にきび おでき
- 乾燥 多湿 傷 水虫
- アトピー()
- 皮膚感覚の異常()
- 皮膚の色 ()

泌尿器

- 膀胱炎 膀胱結石 尿道炎
- 尿管結石 腎結石 腎盂炎
- 腎炎 排尿困難 抑制困難
- 多尿 頻尿 乏尿 血尿
- 排尿痛 灼熱感 残尿感
- 前立腺肥大 インポテンツ
- 蛋白尿(数値：)
- 糖尿 (数値：)

女性のみ

- 生理不順
- 生理痛
- 腹痛 腰痛 困難 過剰
- 乳房の痛み ()
- 乳房のしこり()
- 生殖器：
おりもの 炎症 痛み
- 痒み
- 子宮筋腫()
- 卵巣()
- 不妊()
- 妊娠(現在：)
- 更年期障害
(症状：)

先天性の病気

- ()

習慣

- | | | |
|-------------------------------------|------|------|
| 睡眠時間 | 平均 | 時間 |
| 労働時間 | 週 | 日 時間 |
| <input type="checkbox"/> 喫煙 | 一日 | 本 |
| <input type="checkbox"/> コーヒー・紅茶 | 一日 | 杯 |
| <input type="checkbox"/> アルコール | 毎日・週 | 日 |
| | 種類 | |
| | 量 | |
| <input type="checkbox"/> 運動習慣 | 週 | 日 時間 |
| <input type="checkbox"/> 常用している薬() | | |

その他