

# 健康調査表

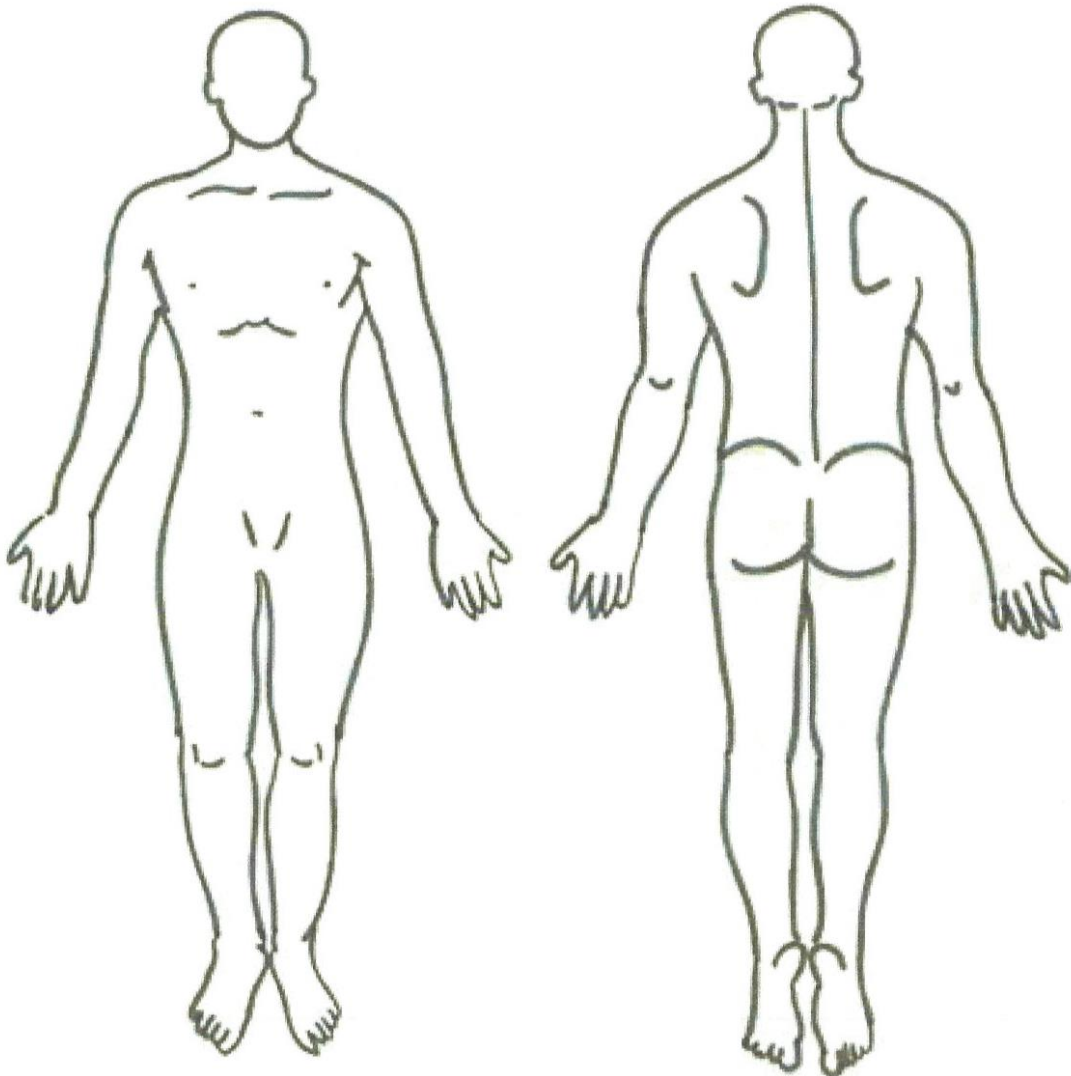
初診年月日 2020年 月 日

患者情報 ※患者様の症状知るための大切な情報なのでより詳しくお書きください。

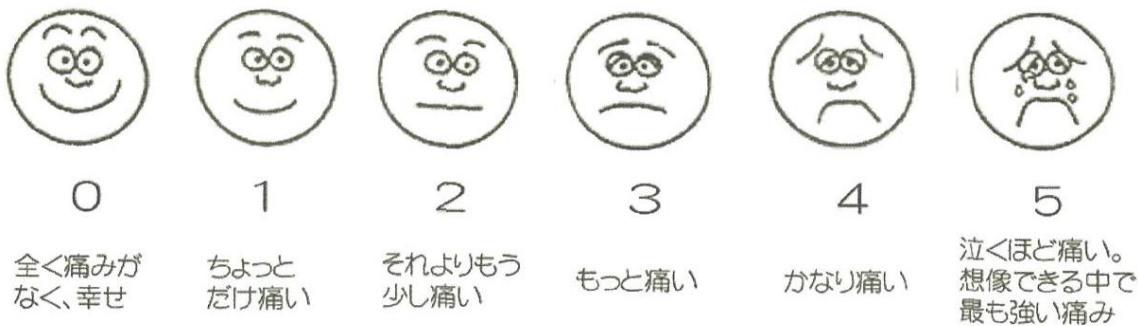
ご氏名	ふりがな 性別 男性・女性 保護者氏名 ( 続柄: )	同居状況 ○ 一人 ○ 配偶者 ○ 両親 ○ 子供 ○ その他	婚姻状況 ○ 独身 ○ 既婚 ○ 未亡人 ○ 離婚 ○ その他
生年月日	T・S・H 年 月 日 (満 歳)		
現住所	〒		
電話番号	( )-( )-( )	子供 or 兄弟姉妹 <input type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない <input type="radio"/> 男・女 才 <input type="radio"/> 男・女 才 <input type="radio"/> 男・女 才 <input type="radio"/> 男・女 才 <input type="radio"/> 男・女 才	
携帯電話	( )-( )-( )		
E-mail	@ メールで緊急の連絡をすることがありますので、必ずご記入下さい。		
勤務先名称			
職種	出来るだけ詳しくお書き下さい (事務職でパソコンの使用が多い・営業職で車に乗ることが多い、など)		
どのようにして当院をお知りになりましたか？ <input type="radio"/> を付けて下さい。 <input type="radio"/> ホームページ (検索ワード: カイロ・整体・腰痛・肩こり・頭痛・その他: _____ ) <input type="radio"/> 検索方法 Google・Yahoo・Facebook・YouTube・その他( ) <input type="radio"/> 調べた端末 PC・スマホ 施術の時、説明がしやすくなりますので、どんなブログを読んだのか教えて下さい。 (例: 2016年11月の椎間板ヘルニアのブログ ) <input type="radio"/> 紹介者 <u>ご氏名</u> 様 (ご紹介と紹介された方に特典適用あります)			
最近、健康診断を受けたことがありますか？ はい・いいえ ( 年 月 ) 今までにカイロプラクティック治療を受けたことがありますか？ はい・いいえ ( 年 月 ) 大きな怪我・交通事故にあったことはありますか？ はい・いいえ ( 年 月 ) 過去に大きな病気・外科的手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ ( 年 月 ) あなたの血液型 (A・B・O・AB) 利き腕 (右利き・左利き) アレルギー (金属・アルコール) 最近のあなたの身長 _____ cm・体重 _____ kg・体温 _____ °C ※体温計はご用意しています			
現在1番治したい症状は何ですか？			
あなたにとって健康な状態とは、どういった状態ですか？			

1.主な症状のある個所（身体図）、及び部位に印をつけて下さい。

×鋭い痛み    ○刺すような痛み    △しびれ    ●無感覚



2.痛み（しびれ・つらさ）の度合いを教えてください。（あてはまる顔・数字に○を付けて下さい。）



3.この痛みは初めてですか？ 以前にも経験したことがありますか？ いつからですか？

○初めての経験    ○以前も経験した→それはいつですか？ \_\_\_\_\_ 年前（    年    月）

この痛みはいつからですか？ （    日前                      週間前                      年前）

4.現在ある病気・症状には○印を、過去に罹ったことのある病気には△印を記入して下さい。

- |             |             |               |
|-------------|-------------|---------------|
| ( ) 食欲減退    | ( ) 腎臓の病気   | ( ) 自律神経失調    |
| ( ) 不眠      | ( ) 排尿困難    | ( ) 対人関係不安    |
| ( ) 頭痛      | ( ) 便秘      | ( ) ガン        |
| ( ) 高血圧     | ( ) 糖尿病     | ( ) 花粉症       |
| ( ) 低血圧     | ( ) 首の痛み    | ( ) 喘息        |
| ( ) 貧血      | ( ) 肩こり     | ( ) てんかん      |
| ( ) 冷え性・むくみ | ( ) 腕・手のしびれ | ( ) 結核        |
| ( ) めまい     | ( ) 腰痛      | ( ) 子宮筋腫・卵巣嚢腫 |
| ( ) 目の病気    | ( ) 下肢痛     | ( ) 不妊・流産     |
| ( ) 耳の病気    | ( ) 下肢のしびれ  | ( ) 生理痛・生理不順  |
| ( ) 鼻の病気    | ( ) その他神経痛  | ( ) 婦人科系疾患    |
| ( ) 呼吸器の病気  | ( ) 痛風      | ( ) 潰瘍        |
| ( ) 循環器の病気  | ( ) リウマチ    | ( ) 骨折        |
| ( ) 胃腸の病気   | ( ) 関節炎     | ( ) 脱臼        |
| ( ) 胆嚢の病気   | ( ) 腫瘍      | ( ) 甲状腺障害     |
| ( ) 肝臓の病気   | ( ) アレルギー   | ( ) 椎間板障害     |
| ( ) 血液の病気   | ( ) 精神不安定   | ( ) その他_____  |

5,上記の病気、それ以外の既往歴、手術歴を詳しく教えて下さい。

例：13歳の頃、盲腸の手術、18歳左足首の骨折、50歳胃ガンの開腹手術など

6.現在飲んでいるクスリ、サプリメントを教えてください。

どのようなクスリ・サプリメントですか？お飲みになっている期間、頻度をご記入下さい。

7.仕事（学業・家事）のタイプ

①現状の症状は仕事（学業・家事）に影響しますか？      はい      いいえ

②労働（学校）時間      約      時間

③休日    月・火・水・木・金・土・日・祝日

④通院可能日    月・火・水・木・金・土・日・祝日

⑤通院可能な時間帯    \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

⑥仕事（学業）中の姿勢

    座位・立位・外回り・車の運転

⑦ストレスレベル      なし      少々      中程度      かなりある

8.睡眠について教えてください。

睡眠      しっかり寝られる      あまり寝られない      全く寝られない

目覚め    スッキリ      あまりスッキリしない      全くスッキリしない

睡眠時間    \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_    (      時間)

9.運動歴、頻度を教えてください。（現在、過去どちらもご記入下さい）

10.現座、妊娠していますか？（女性のみ記入して下さい） はい いいえ

11.出産を経験された方、出産方法を教えてください。

自然分娩 帝王切開（縦・横）

12.今の痛みや症状がストレスと関係があるとすると、何に当てはまりますか？

<p><b>身体的な問題</b></p> <p><input type="radio"/>筋肉の使いすぎ</p> <p><input type="radio"/>長時間の同じ姿勢</p> <p><input type="radio"/>外傷</p> <p><input type="radio"/>自然に骨がズレ・変形した</p> <p><input type="radio"/>身体を無理な姿勢でひねった</p> <p><input type="radio"/>姿勢が悪かった</p> <p><input type="radio"/>自然に内臓に問題が生じた</p>	<p><b>生活習慣の問題</b></p> <p><input type="radio"/>運動不足</p> <p><input type="radio"/>無理な動作</p> <p><input type="radio"/>無理な姿勢</p> <p><input type="radio"/>夜勤労働</p> <p><input type="radio"/>早朝労働</p>
<p><b>精神面の問題</b></p> <p><input type="radio"/>家庭関係</p> <p><input type="radio"/>職場関係</p> <p><input type="radio"/>その他の人間関係</p> <p><input type="radio"/>将来の不安</p> <p><input type="radio"/>トラウマ</p>	<p><b>生活環境の問題</b></p> <p><input type="radio"/>騒音・振動</p> <p><input type="radio"/>天気の変化</p> <p><input type="radio"/>大気汚染・水質汚染</p> <p><input type="radio"/>地震</p> <p><input type="radio"/>放射能・電磁波</p>
<p><b>食生活の問題</b></p> <p><input type="radio"/>栄養バランス</p> <p><input type="radio"/>食べ過ぎ・飲み過ぎ</p> <p><input type="radio"/>アレルギー</p>	<p><b>過去の外傷の問題</b></p> <p><input type="radio"/>事故・交通事故</p> <p><input type="radio"/>スポーツ</p> <p><input type="radio"/>趣味</p>
<p>その他、気になることがあれば、何でもお書き下さい。（この欄が原因という方が多いです）</p>	

### 13.今までの経緯を教えてください。

\* 問診時間には限りがあるため、より多くの患者さんの情報を知るためにこのページがあります。

少しでも患者さんの症状・痛みに対する情報があれば、治療に役立てることが出来ますので、ぜひ経緯を書いて、治療をよりあなたにあったものにします。今までの記入欄が、既製服に例えると、このページは、あなたのオーダーメイド治療への採寸だと思って下さい。今までどのような治療を受けてきましたか？

例：2012年 ○○整形外科でレントゲン撮影「骨には異常なし」湿布と鎮痛薬で様子を見る

2013年 整形外科に3ヶ月通院するが、痛みが変わらないので、接骨院に行く

毎日通院して、電気とマッサージを受けるが、その時はいいがすぐに痛みが戻る

2015年 1年ぶりに痛みが再発、少し様子をみたが、痛みが良くならない

---

14.現在の症状で日常生活に支障がありますか？詳しく教えてください。

15.現在水分補給は何を摂っていますか？量も教えてください。

出来るだけ詳しくお書きください。お体の状態を知るために重要な情報です。

※アルコールを飲む方は頻度、量もご記入下さい

例：コーヒー コップ2杯、温かい緑茶 湯呑3杯 アルコール週3日缶ビール 350ml 2本

16.来院のキッカケ・決め手になったことを教えてください。

\* 整形外科・病院・接骨院・整体・カイロプラクティックなど多くの治療院があるなかで、あなたが当院を受診しようと思ったキッカケや決め手を教えてください。あなたの感性にあった治療を見つけるために必要なページですので、詳しく教えてください、あなたにベストな治療法を選択できます。

例：痛み治療に加え、痛みの出にくい身体になる体質改善治療もできると聞いたため

17.下記の項目で当てはまるものすべてにチェックをお入れください

1		2	
<input type="checkbox"/>	貧血・めまいを起こす	<input type="checkbox"/>	動悸・息切れがする
<input type="checkbox"/>	イライラして怒りっぽい	<input type="checkbox"/>	興奮しやすい
<input type="checkbox"/>	ストレスが原因でよく体調を崩す	<input type="checkbox"/>	物忘れがひどい
<input type="checkbox"/>	顔に青筋が立っている	<input type="checkbox"/>	不安感がある
<input type="checkbox"/>	目が疲れやすい	<input type="checkbox"/>	寝つきが悪く眠りが浅い
<input type="checkbox"/>	足がつりやすい	<input type="checkbox"/>	暑がり
<input type="checkbox"/>	肩・首がよく凝る	<input type="checkbox"/>	シミ・くすみが気になる
<input type="checkbox"/>	酸っぱいものが好き	<input type="checkbox"/>	血行が悪く手足が冷える
<input type="checkbox"/>	月経の痛みや月経痛がある	<input type="checkbox"/>	舌に黒い斑点がある
3		4	
<input type="checkbox"/>	外食が多く、暴飲暴食になりがち	<input type="checkbox"/>	アレルギーがある
<input type="checkbox"/>	よく胃が痛くなる	<input type="checkbox"/>	花粉症
<input type="checkbox"/>	よく下痢・便秘になる	<input type="checkbox"/>	咳・たんが出やすい
<input type="checkbox"/>	手足がだるい	<input type="checkbox"/>	疲れやすい
<input type="checkbox"/>	水太りしている	<input type="checkbox"/>	肌トラブルが多い
<input type="checkbox"/>	顔のたるみが気になる	<input type="checkbox"/>	色白
<input type="checkbox"/>	皮膚の色が黄色っぽい	<input type="checkbox"/>	辛いものが好き
<input type="checkbox"/>	甘いものが好き	<input type="checkbox"/>	髪の艶がない
<input type="checkbox"/>	口角が荒れやすい	<input type="checkbox"/>	しわが気になる
5		～ チェック数 ～	
<input type="checkbox"/>	足腰がだるくて冷える	1	個 肝タイプ
<input type="checkbox"/>	手足・顔がほてる		
<input type="checkbox"/>	手足・顔がむくむ	2	個 心タイプ
<input type="checkbox"/>	トイレが近い		
<input type="checkbox"/>	肌の色が黒ずんでいる	3	個 脾タイプ
<input type="checkbox"/>	病気になると治りにくい		
<input type="checkbox"/>	老けてみられる	4	個 肺タイプ
<input type="checkbox"/>	虫歯が多い・骨が弱い		
<input type="checkbox"/>	抜け毛・白髪が多い	5	個 腎タイプ