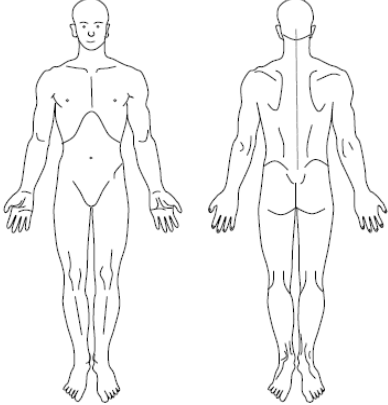


問診票

この問診表は、あなた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。
質問の内容がわかりにくい場合は、遠慮なくお尋ねください。

初見日 年 月 日		お名前(フリガナ)		
住所		電話番号(ご自宅)		
携帯電話(緊急連絡先)		メールアドレス		
ご職業		性別 男 ・ 女	生年月日	
身長 cm	体重 kg	最高血圧	最低血圧	
以下に同意の上、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください				
<input type="checkbox"/> 私は反社会勢力の関係者ではありません				
当院をお知りになったきっかけは何ですか？				
<input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> 当院のHP <input type="checkbox"/> ブラックボードのチラシ <input type="checkbox"/> 新聞折り込み <input type="checkbox"/> 紹介 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
当院に来院された理由を教えてください				
1. 特に強い痛みなど、お悩みの個所をお知らせください。 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 腕・手 <input type="checkbox"/> 脚・足 <input type="checkbox"/> その他 ()				
2. いつ頃からですか？				
3. きっかけが有れば教えてください				
4. 具合が悪い場所に○をつけて下さい(隣の絵)				
お身体の状態で、該当するものに全て<input checked="" type="checkbox"/>をつけてください。				
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> ふらつき	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ
<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 焦燥感	<input type="checkbox"/> イライラ		
<input type="checkbox"/> 目の疲れ、かすれ、かゆみ、まぶしい				
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 不静脈		
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 胸のつかえ	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 食後の胃腸不良
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 胃部不快感			
<input type="checkbox"/> 下痢しやすい	<input type="checkbox"/> 生理痛	<input type="checkbox"/> 生理痛	<input type="checkbox"/> 生理不順	
<input type="checkbox"/> 足のもつれ	<input type="checkbox"/> つまづきやすい			
<input type="checkbox"/> 冷え症				
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 心臓疾患
<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> リューマチ	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症		

大切な日常生活についてです。詳しくご記入下さい。

該当するものすべてに☑を入れて下さい。(1時間以上を行っているものは☑を入れて下さい。どんな趣味・スポーツか教えて下さい)

パソコン 立ちっぱなし 重い荷物をよく持つ 30分以上乗るもの(車・バス・電車)
趣味() スポーツ() その他()

睡眠	睡眠時間	時間	食欲	旺盛・普通・ない
便通	1日	回	しびれ	
今までに大きなけが、病気、手術をしたことがありますか？			これまでに受けた治療は何ですか？	
<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 整骨院・接骨院 <input type="checkbox"/> はり・きゆう <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> カイロプラクティック <input type="checkbox"/> 市販薬 <input type="checkbox"/> その他()	

嗜好品について、以下に当てはまるものをチェックして下さい。

アルコール 飲まない 時々 毎日(/日)
タバコ 吸わない 時々 毎日(本/日)

現在服用中のサプリメント、薬はありますか？	アレルギー、薬の副作用はありますか？
<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(食品/薬品) <input type="checkbox"/> いいえ

次の検査は最近ではいつごろ受けましたか？受けたものに☑を入れて下さい

	6か月以内	1年以内	1年以上前
X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自由記入欄(一番ご不安に思っていることなど)

個人情報の取り扱い

当院では、個人情報の重要性を認識しています。

お客様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送物、電話、電子メール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