

カイロプラクティックコース問診票

紹介者氏名		
(ドクター	ホームページ	様) チラシ
大正 昭和 平成	年 月 日	(才)
TEL (自宅・職場)		
TEL (携帯)		
メールアドレス		

ふりがな	既婚 ・ 未婚	男
氏名	子／有(人)・無	女
住所	TEL (自宅・職場)	
職業 (具体的に)	TEL (携帯)	
あなたの主な 症状は何ですか。	メールアドレス	

現症状を医師に診てもらったことがありますか。 いいえ・はい (専門 _____ 科)

病名 () 検査 (X線・CT・MRI)

現在治療を受けていますか。 いいえ・はい ()

この件でお薬は飲んでいますか。 いいえ・はい ()

他に治療中の病気やお薬はありますか。 いいえ・はい

病名 () お薬 ()

最近健康診断を受けましたか。
いいえ・はい

カイロプラクティックの治療を受けたことがありますか。
いいえ・はい

大きな怪我または交通事故にあったことがありますか。
いいえ・はい

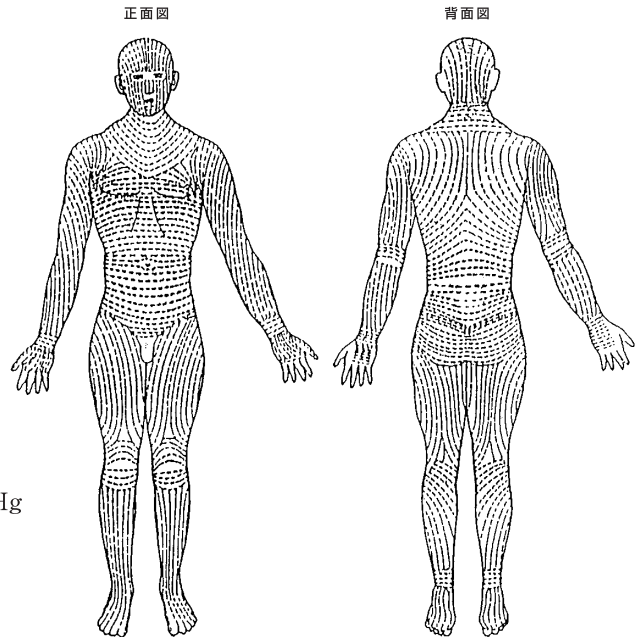
外科的手術を受けたことがありますか。
いいえ・はい (部位)

過去に大きな病気をしましたか。
いいえ・はい (病名)

最近のあなたの 身長 () cm
体重 () kg
血 圧 (/) mm/Hg
睡眠時間 () 時間

血 液 型 (A・O・B・AB)
利 き 腕 (右利き・左利き)
妊娠の可能性 (いいえ・はい)

痛む部分に印して下さい



気になる項目をチェック (✓) して下さい

1. 腰の痛み	()	51. 精神不安定症	()
2. 首の痛み	()	52. やる気が出ない、集中力が無い	()
3. 肩の痛み、肩こり	()	53. 食欲不振	()
4. 背中痛み	()	54. 便秘	()
5. 肘の痛み	()	55. 下痢	()
6. 手首の痛み	()	56. 胃のもたれ	()
7. 手や腕のしびれ	()	57. 膨満感	()
8. 臀部、太腿、脚の付け根の痛み	()	58. 腹部の痛み	()
9. 膝の痛み	()	59. 胸焼け	()
10. 足首の痛み	()	60. 食欲が無い	()
11. 足のしびれ	()	61. 体重の異常な増減	()
12. 足がつる	()	62. 飲み込むのに苦労する	()
13. 朝方の手のこわばり	()	63. 口が渇く	()
14. 関節の腫れ、痛み	()	64. 唾が出すぎる	()
15. 脇腹の痛み	()	65. 胃潰瘍・十二指腸潰瘍	()
16. 顎の痛み、動きの悪さ	()	66. 肝炎	()
17. 歯ぎしり	()	67. 胆石	()
18. リウマチ (関節症)	()	68. 糖尿病	()
19. 痛風	()	69. 抗生物質を多用したことがある	()
20. 手、足の冷え	()	70. 残尿感	()
21. 顔、手、足のむくみ	()	71. 尿意があまりない	()
22. 失神	()	72. 頻尿	()
23. 動悸	()	73. 膀胱炎	()
24. 胸の痛み	()	74. 腎臓疾患	()
25. 呼吸困難	()	75. 生理痛	()
26. 咳やタン	()	76. 生理不順	()
27. しゃっくり	()	77. 不妊症	()
28. 鼻づまり	()	78. 婦人科疾患	()
29. 鼻炎	()	79. 目の疲れやすさ	()
30. ちくのう症	()	80. 目の痛み	()
31. 痔	()	81. 目の乾き (涙が出ない)	()
32. 風邪をひきやすい	()	82. 涙が出過ぎる	()
33. 不整脈	()	83. 耳の痛み	()
34. 狭心症	()	84. 歯の痛み	()
35. 心肥大	()	85. 皮膚のかゆさ	()
36. 喘息	()	86. 皮膚がかさかさする	()
37. 貧血	()	87. アレルギー体質	()
38. 冷え性	()	88. アトピー性皮膚炎	()
39. 頭痛、頭の重さ	()	89. 白内障	()
40. 顔の痛み、しびれ	()	90. 緑内障	()
41. めまい、立ちくらみ	()	91. 難聴	()
42. 人や物が二重に見える	()		
43. まぶたの痙攣	()		
44. いびき	()		
45. 耳鳴り	()		
46. 夜なかなか寝付けない	()		
47. 不眠	()		
48. 体がだるく疲れやすい	()		
49. 立ったり歩いたりするとよろける	()		
50. 自律神経失調症	()		

その他に身体の異常がありましたらご記入下さい

