

質問票

この質問票にご記入をのうえ、担当の者にお渡しください。記入された内容をKAWAEカイロプラクティック従業員以外の第三者が閲覧することはありません。ご記入いただいた個人情報は施術方針の決定、およびサービス情報の提供を目的としてKAWAE カイロプラクティックが利用いたします。

フリガナ 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

お名前 _____ 性別 男・女 年齢 ____ 才

現住所 〒 _____ 都 道 府 県
_____ 市 町 村 _____

自宅電話番号 _____ メールアドレス【PC】 _____

携帯電話番号 _____ 連絡のつきやすい方を
どちらかで記入ください【携帯】 _____

勤務先電話番号 _____ ご職業 _____

お仕事の内容 立ち仕事 座り仕事 PC操作 重量物運搬 その他

学生さんはこちらの質問にご回答ください： 部活動は？ _____ 1日の平均勉強時間 _____ 時間 睡眠時間 _____ 時間

当院をお知りになられたきっかけは？

- 家族から 友人・知人の紹介 その方のお名前をお教えてください _____ 様 電話帳
 当院のウェブサイト インターネット上の広告 看板を見て パンフレット その他

今日来られた理由をお教えてください。現在、特に気になっている事は何ですか？

頭部・頸部 頭痛 顎の痛み 眼の奥の痛み 首の痛み 寝違え ムチウチ症 めまい

肩・腕・手 肩こり 肩関節の痛み 腕の痛み・しびれ 肘の痛み 手首の痛み 手の痛み・しびれ
 手に力が入らない 手・腕のむくみ

背中・腰・骨盤 背中が痛い 慢性的な腰痛 急性の腰痛 股関節痛 殿部の痛み 生理痛 姿勢の悪さ

脚・足 太腿の後ろ側が痛い・しびれる 太腿の前側が痛い・しびれる 膝の痛み 脚のスネの痛み・しびれ
 足・脚のむくみ 足首の痛み 足のつま先の痛み・しびれ

その他、何か気になることはありますか？

その問題はいつ頃から続いていますか？ _____

過去に似た症状はありましたか？ いいえ はい いつ頃ですか？ _____

その問題が始まるキッカケとなった出来事は特に何かありますか？

いいえ はい それは何ですか？ _____

その問題は発症時と比べてどの様な状態ですか？：

良くなってきている 変わりなし 悪くなっている

姿勢を変えるとその問題は悪くなりますか？

いいえ はい どんな姿勢ですか？ _____

逆に、どんな姿勢をとると楽になりますか？ _____

その問題によって妨げになっている事は？

日常生活 仕事・勉強 睡眠 人間関係 その他： _____

その問題を他の医療機関で治療してもらったことはありますか？

いいえ はい その期間と治療内容は？ _____

過去に病気やケガで手術を受けたことがありますか？

いいえ はい その時期と手術内容は？

下記の疾患の内、医療機関で診断を下されたことがある（既往歴がある）ものに してください

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 狭心症 腫瘍（良性・悪性） てんかん
ポリオ 痛風 骨粗鬆症 関節リウマチ 変形性関節症 脊柱管狭窄症
膀胱炎 子宮内膜症 側弯症 椎間板ヘルニア 脳卒中

心療内科、もしくは精神科に通院歴はありますか？

いいえ はい その時期は？

下記の項目の内、診断を下されたことがあり、あてはまるものに してください

- うつ病 アルコール依存 精神衰弱 その他精神疾患

現在服用している「処方薬」があればそれについて教えてください

その薬の名前と1日の服用量

1日の平均的なライフスタイルについてお教えてください

立ち仕事 時間 座り仕事 時間 通勤時間 時間 睡眠時間 時間 エクササイズ 時間

生活習慣について

喫煙歴 禁煙した 継続中 吸い始めてから 年目 量は1日 箱 _____

どこに座ることが多いですか？ 床・畳の上 椅子 ソファ 車の座席

床に座る時、どの様な座り方をしますか？ 正座 あぐら 斜め座り 脚を組む

座るときの姿勢は？ 首を前に出す 肩を丸める 腰を丸める 脚を前に投げ出す

趣味は？ _____ 普段行っているスポーツは？ _____

下記の記号を使って下の図中に印をつけ、症状のある位置について教えてください

鋭い痛み XXX 鈍い痛み △△△ ズキズキする痛み VVV しびれ ^^^ 違和感 OOO

(右・左・両方)

