

# メディカル矯正 問診表

ふりがな お名前	性別 男・女
生年月日	明 大 昭 年 月 日 ( 歳)
住所：〒	
TEL： ( )	携帯： ( )
E-mail	@
当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？(該当するものに○をお願いいたします。) ご紹介 (ご紹介者： ) ・ 看板 ・ HP ・ ブログ ・ その他 ( )	

## ◆当てはまる症状に○を付けてください。

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 肩こり (両側・左側・右側)  | <input checked="" type="checkbox"/> 頭痛 (左側・右側)  | <input checked="" type="checkbox"/> 耳鳴り (左側・右側)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 目の充血 (両目・左目・右目)  | 眼精疲労 (左・右) <input checked="" type="checkbox"/>  | めまい <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 手のしびれ (左手・右手) <input checked="" type="checkbox"/>  | 足のむくみ (左足・右足) <input checked="" type="checkbox"/>   | 足のしびれ (左足・右足)   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 腰痛 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>                                     | 頸の痛み  | 坐骨神経痛   |
| 膝の痛み (右側・左側) <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>   | 生理痛・生理不順 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>  | 冷え性   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 便秘 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | 四十肩 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | 不眠  |

## ◆特に改善したい症状は何ですか？

## ◆既往歴(いままでにかかった病気を教えてください)

- |  |     |      |
|--|-----|------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 年 月頃 | 病名： | 治療法： |
| <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 年 月頃 | 病名： | 治療法： |

## ◆服用している薬を教えてください。

## ◆手術歴をお教え下さい。

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 年 月頃 | 治療内容： |
|---|-------|

## ◆交通事故の既往 交通事故にあい、ケガをした事がある。 はい・いいえ

「はい」とお答えになった方それは時期、状況についてお教え下さい

## ◆外傷の有無(骨折、捻挫、靭帯損傷など)を教えてください。

- |                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 外傷が (ある・ない) |
|-------------------------------------|-------------|

## ◆嗜好についてお伺いします。

- |                                     |                    |
|-------------------------------------|--------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | タバコ： 本/日 × 年 年前に禁煙 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | お酒：種類 : 杯/日 回/週    |

## ◆アレルギーはありますか？ ある・ない

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 何に対してですか？ (お薬、食べ物、花粉、ダニなど) |
|-------------------------------------|----------------------------|