



カイロプラクティック新患問診票

I D: \_\_\_\_\_

初診日: \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 生年月日 大正・昭和・平成

氏 名 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳)

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_ 勤務先名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 婚姻状況 未婚 既婚 離婚 死別

子ども \_\_\_\_\_ 人 (年齢/性別: \_\_\_\_\_ 歳 / 男・女 \_\_\_\_\_ 歳 / 男・女 \_\_\_\_\_ 歳 / 男・女)

● どのようにして当院をお知りになりましたか？

紹介者名: \_\_\_\_\_

紹介病院名: \_\_\_\_\_

新聞・雑誌 ( )  TV ( )

当院ホームページ (検索サイト: Yahoo/Google) (検索ワード: )

インターネット (FB・Instagram・Twitter・ネット広告 \_\_\_\_\_)

看板  チラシ・パンフレット

その他 ( \_\_\_\_\_)

※ ご記入いただいた個人情報はカイロプラクティック業務における安全・体調管理目的のために使用し、法令・条例・その他関係機関の要請による場合を除き、第三者への開示および提示は一切行いません。

● あなたが来院された理由、健康上の問題、悩みについて下記質問にご回答下さい。

・どのような症状ですか？

・症状が現れる状況に当てはまるものに○をつけて下さい。

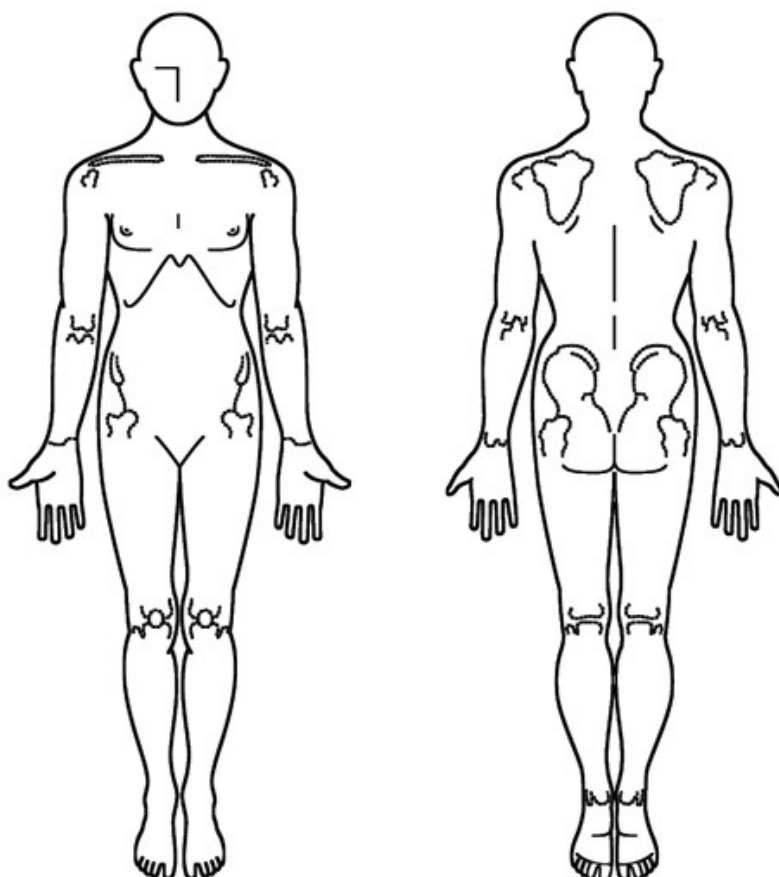
座る 立つ 歩行 運動 寝ている 悪天候 常に

・いつからですか？

・思い当たる原因はありますか？

・他にも気になることはありますか？

● 痛みや問題のある部位を左の図に○をし、当てはまる感覚と線で結んで下さい。  
○の横には1～10の数字で症状の強さを表して下さい。(10が最悪の状態)



感覚や痛みの例

- ・鈍い痛み
- ・鋭い痛み
- ・コリ
- ・ハリ
- ・炎症の痛み
- ・しびれ
- ・神経痛
- ・麻痺
- ・違和感
- ・だるさ

● 症状に対して該当するお考えにチェックをつけて下さい。(複数回答可)

- 根本を治したい   
 症状を取りたい   
 原因を知りたい   
 予防をしたい  
姿勢を改善したい   
 健康を維持したい   
 運動能力の向上   
 その他(        )

● 以下の質問に該当する方は詳細をご回答下さい。

・現在、服用している薬がある

薬剤名： \_\_\_\_\_ 期間： \_\_\_\_\_

・今まで、交通事故や骨折、捻挫などの経験がある

怪我の部位： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_

・今まで、入院または手術の経験がある

理由： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_

・今の症状を病院で診てもらったことがある

病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_

・過去にカイロプラクティックの治療を受けたことがある **ある** ・ **なし**

治療院名： \_\_\_\_\_ 時期： \_\_\_\_\_

● 痛み、病気、怪我、問題があった箇所に全てチェックして下さい。

筋・骨格、四肢、神経について

内臓、皮膚、ストレス、生活習慣について

	現在 過去			現在 過去	
	現在	過去		現在	過去
・頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・喉、気管支、食道	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・首	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・胃、十二指腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・背中	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・小腸、大腸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・腰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・膵臓、脾臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・骨盤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・肝臓、胆嚢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・筋力の低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・腎臓、膀胱、泌尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・脊柱側弯症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・心臓、血管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・脊椎分離症・すべり症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・皮膚、爪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・変形性関節症・脊椎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・甲状腺、内分泌系	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・椎間板ヘルニア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・脊柱管狭窄症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・自律神経失調症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・肩、肘、手首、手、指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・心療内科・精神科の受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・股関節、膝、足首、足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・食欲がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・外反母趾、扁平足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・食事制限をしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・脳、脊髄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・喫煙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・神経痛、痺れ、麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・飲酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● 運動に関して 該当する回答に○を付け、はいの場合は詳細をお書き下さい。

- ・現在、運動をしていますか？ はい ・ いいえ

種類 \_\_\_\_\_ 頻度 \_\_\_\_\_

- ・過去に運動をしていましたか？ はい ・ いいえ

種類 \_\_\_\_\_ 時期 \_\_\_\_\_

● 睡眠について 下記の質問にご回答、または該当する項目に○をつけて下さい。

- ・睡眠時間は平均するとどのくらいですか？ 1日平均 \_\_\_\_\_ 時間

- ・睡眠の質はいかがですか？

非常に良い      良い      普通      まあまあ      悪い

- ・寝方はどうですか？（複数回答可）

仰向け                  横向き（右下・左下・両方）                  うつ伏せ

- ・睡眠導入剤や睡眠薬を使用していますか？

はい ・ いいえ

【女性のみお答えください】 該当する項目があれば○をつけて下さい。

妊娠中（可能性も含む）

生理痛、生理不順

不妊症・不育症

月経前症候群（PMS）

更年期障害

婦人科系疾患