

# 予 診 表

年 月 日

住所 (〒 _____ ) ※おわかりにならない場合は結構です。		生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 )	
ふりがな		職 業	
氏 名		電話番号	( _____ )

※当院での保険診療はケガが対象となり、肩こり・慢性腰痛等は対象外となります。

下記の質問で、あてはまるもの全てに○印でお答え下さい。

つらいところに○印をして下さい。

- ① 現在の状態は？ (どのように痛いですか？)  
1. ずきずき痛い 2. 動かすと痛い 3. 触ると痛い  
4. 腫れぼったい 5. 重だるい  
6. その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ② いつですか？  
1. 今日 2. 昨日 3. 一昨日 4. 3日前 5. ( 月 日 )
- ③ どこですか？  
1. 部屋 2. 階段 3. トイレ 4. 台所 5. 廊下 6. 浴室  
7. 玄関 8. ベランダ 9. 庭 10. 駐車場 11. 道路 12. 公園  
13. 学校 14. 駅 15. スーパー 16. スポーツ施設  
17. その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ④ どうしましたか？  
1. ぶつけた 2. ひねった 3. 伸ばした 4. はさんだ 5. 痛めた  
6. 転んだ 7. その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑤ 現在、何か病気をされてますか？  
1. いいえ 2. はい (病名 \_\_\_\_\_ )
- ⑥ 今までに大きな病気や、けが (骨折、交通事故など) を  
された事がありますか？  
1. いいえ 2. はい (病名、けが名 \_\_\_\_\_ )
- ⑦ 現在、他の医療機関に通院されておりますか？  
1. いいえ 2. はい (医院名 \_\_\_\_\_ )
- ⑧ 今までに接骨院、整骨院、鍼灸院等に通院されたことがありますか？  
1. いいえ 2. はい
- ⑨ 血圧は正常ですか？  
1. 普通 2. 低い 3. 高い 4. 薬のお陰で普通
- ⑩ 身体にペースメーカーや金属類がはっていますか？  
1. いいえ 2. はい
- ⑪ 低周波治療は苦手ですか？  
1. いいえ 2. はい 3. わからない
- ⑫ アレルギー疾患等ありますか？  
1. いいえ 2. はい
- ⑬ 女性のみお答えください。 現在、妊娠されてますか？  
1. いいえ 2. はい
- ⑭ 当院を何でお知りになりましたか？  
1. 紹介 (ご紹介者名 \_\_\_\_\_ ) 2. 看板 3. チラシ 4. ポケットティッシュ 5. 情報誌  
6. インターネット 7. その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑮ 以上の他に当院に知らせておきたい事はありますか？  
( \_\_\_\_\_ )

