

問診表

No.1

ふりがな

氏名 _____ 様 ご紹介者 _____ 様

住所 〒 _____

電話番号 _____

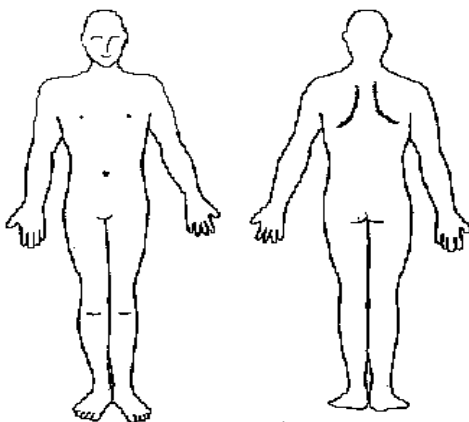
その他連絡先（携帯電話・職場等）

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 性別：男、女

主訴：現在の痛みの場所及びつらい症状をお書き下さい。

例：肩の痛み。

症状のある場所を○で囲って下さい。



経過(いつ頃から) _____ 日前・週間前・月前

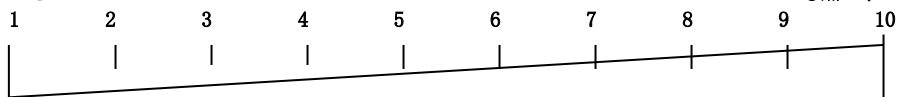
今回の症状で病院や治療院には行かれたか？

行った 行っていない

「行った」に丸をつけた方は、結果もお書きください。

現在の痛み及びつらさはどれぐらいですか？

少し痛い、つらい ←



→ とても痛い、つらい

現病歴(現在かかっている病気又はケガなど)

なし

ある _____

既往歴(過去にかかった病気又はケガなど)

なし

ある _____

現在使用している薬がございましたら記入下さい。

次の項目にわかる範囲でお書き下さい。

No.2

職業 _____
子供の人数 _____人

今まで健康診断などを受けたことがありますか？
(X線・血液・尿・CT・MRI・ヘリカルCTなど)

なし ある

「ある」とお答えになった方へ

どんな所で？ 病院 医院 人間ドッグ 会社 市や区の検査 その他
いつ頃？ () 日前・ヶ月前・年前

検査結果で指摘を受けたことがありますか？

なし

ある (指摘を受けた事柄) _____

 最高血圧 最低血圧
血圧 () ()
便の回数 便秘 普通 下痢 一日 () 回ぐらい
 便秘 () 日ぐらい
尿の回数 多い 普通 少ない 一日 () 回ぐらい
一日の平均睡眠時間 () 時間ぐらい

現在続けている・運動スポーツがありましたらお書き下さい

過去に続けていた運動・スポーツがありましたらお書き下さい。

アルコールをお飲みになりますか？ はい いいえ

 一週間に () 回 ・ 毎日

タバコ : 一日に () 本ぐらい 吸わない

次のページへ

次の自覚症状があるものを○で囲んでください。

顔	ほてり (のぼせる)	むくみ
手	ほてり 冷え	むくみ
足	ほてり 冷え	むくみ
腹部	冷え	痛み
腰部	冷え	痛み
背部	冷え	痛み

頭痛 肩凝り めまい 耳鳴り 動悸 息切れ 不整脈 不眠
 目の異常 (痛み かすむ 充血 ドライアイ 疲労感)
 生理痛 生理不順 痔
 アレルギー 花粉症 鼻炎 じんましん アトピー性皮膚炎 喘息
 その他 _____

今まで病院以外の治療は受けた事がありますか？

ある ない

「ある」とお答えになった方

鍼灸 マッサージ 指圧 カイロプラクティック

整体 気功術 ローリング療法 接骨院・整骨院

その他 _____

現在続けている治療法がありましたらお書き下さい。

<その他のご質問>

ご来院の際、(今回に限らず) 車でいらっしゃる可能性はございますか？

ある ない

ありがとうございました。

ローリング健康センター