

診察申込票

No.		←(こちらで記入いたします)	受付日	平成	年	月	日
フリガナ							
お名前							
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生 才 (<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性)
ご住所	〒 -						
ご連絡先	ご自宅 () - 携帯 - -						
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 自由業 (弁護士・税理士など) <input type="checkbox"/> 年金を受給されている <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> パートアルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()						
ご勤務先名							
ご勤務先電話番号	() -						
当クリニックを知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> ネット (資料請求 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない) <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> 知人 (家族) 紹介 <input type="checkbox"/> 本 (雑誌) <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 他院から紹介 (療機関名) <input type="checkbox"/> その他 () ※当てはまる物全てにチェックして下さい。						

※ 当院では、転記間違いを防ぐため、保険証のコピーを頂いておりますのでご了承下さい。
 お預かりした個人情報、安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持致します。

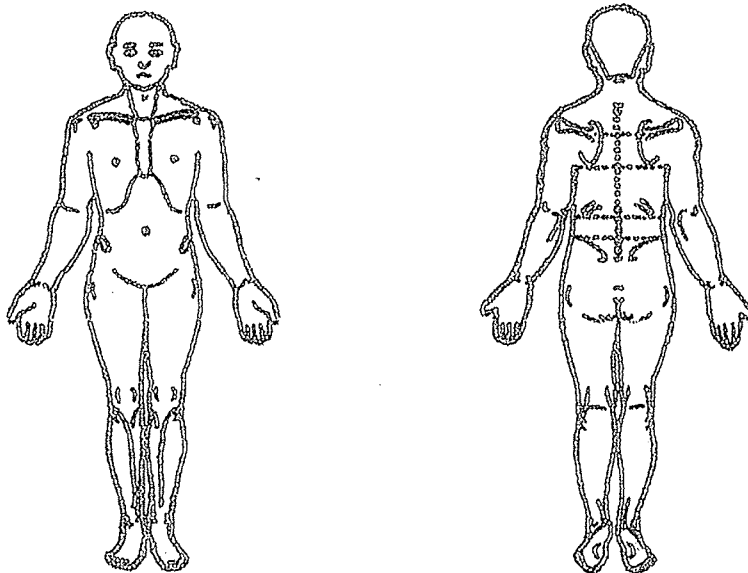
症状の質問票

受診日：平成 年 月 日

氏名： (男、女) (大、昭、平) 年 月 日生 歳

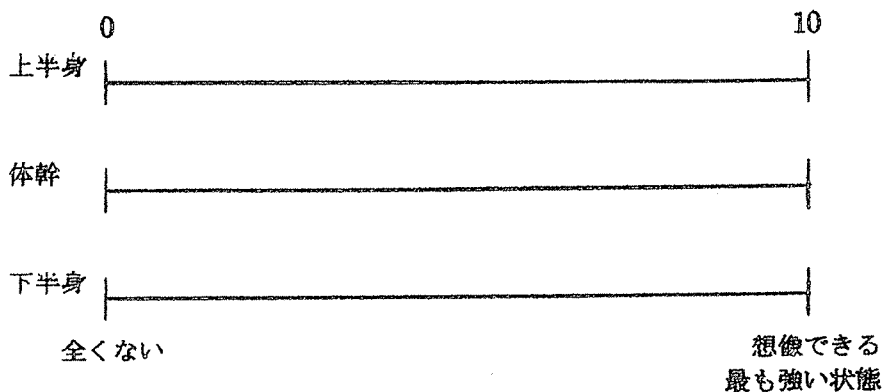
1. 今回の受診のきっかけとなった症状は何ですか (○ で囲んで下さい)。
 それらのうち、最もつらい症状は何ですか (◎ で囲んで下さい)
- 上半身：頭痛、目が疲れやすい・しょぼしょぼ・ぼやけて見える・臉が重い、目の奥が痛い
 吐き気、めまい、耳鳴り、顎が痛い、口が十分開かない
 首がこる・痛い、肩がこる・痛い、肩甲骨の間・周辺が痛い
 首下がり (だんだん下がってくる、首が伸びない、伸ばすと痛い)
 腕の付け根が痛い、腕を上げると痛い、背中に手を回すと痛い
 肘が痛い、前腕が痛い、手首が痛い、手指がしびれる・痛い・はれぼったい
 その他 ()
- 体 幹：腰が痛い (寝返りが打てない、反ると痛い、捻ると痛い、前に曲げると痛い)
 腰曲がり (歩くとだんだん前に曲がってくる、腰が伸びない、伸ばすと痛い)
 前胸部痛、肋間神経痛
 その他 ()
- 下半身：殿部が痛い、太ももが痛い、膝が痛い、すねが痛い、ふくらはぎが痛い
 足の甲が痛い・しびれる、足の底が痛い・しびれる、足先が痛い・しびれる
 長く歩けない
 その他 ()

2. 下の図に症状の部位を ○ で示し、脇に症状の性質を書き添えて下さい。



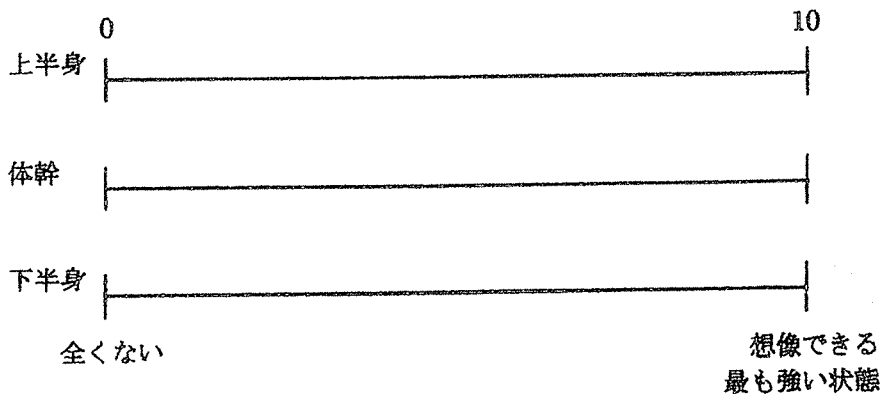
3. 上記の痛みを自覚した時期はいつですか。
- 上半身：平成 年 月 (日頃)、自然に、外傷 ()
- 体 幹：平成 年 月 (日頃)、自然に、外傷 ()
- 下半身：平成 年 月 (日頃)、自然に、外傷 ()

4. それらの症状の強さを下の線の上に×印で記入してください。



.....

5. 治療後（K点ブロック 30 分後ないし指圧直後）の症状の強さ
治療前に最も強いと感じていた症状は、治療後にどの程度の強さになりましたか。



6. 治療に対する満足度（総合評価）
あなたのお気持ちに最も近いものを選んで、番号を○でかこんでください

- あなたは、あなたの症状に対して行った今回の治療に満足していますか？
1. 大変満足 2. おおむね満足 3. 不満 4. 非常に不満 5. いずれでもない
- もし、今後同様の症状が生じた場合に、同じ治療を受けますか？
1. 絶対受ける 2. 多分受ける 3. 分からない 4. 絶対受けない
- もし、周りの人が同様の症状で悩んでいると聞いた場合、同じ治療をすすめますか。
1. 絶対すすめる 2. 多分すすめる 3. 分からない 4. 絶対にすすめない