

診 療 調 査

紹介者
氏 名

ふりがな	男 女	既 婚・離 婚 未 婚・死 別 子 供 人	大正			
氏 名			昭和	年	月	日生
住 所				TEL		
職 業 <small>(具体的に)</small>				TEL		(職場)

あなたの主な症状は何ですか。 _____

現症状を医師にみてもらったことがありますか。はい・いいえ／専門 _____ 科
病名 _____ X線検査(有・無) _____

どのような治療又は薬を受けていますか。 _____

最近健康診断を受けたことがありますか。はい・いいえ／年月 _____

カイロプラクティックの治療を受けたことがありますか。はい・いいえ _____

大きなけが又は交通事故にあったことがありますか。はい・いいえ _____

外科的手術を受けたことがありますか。はい・いいえ／部位 _____

過去に大きな病気をしましたか。はい・いいえ／病名 _____

最近のあなたの身長 _____ cm / 体重 _____ kg / 血圧 _____ ～ _____ mm/Hg

あなたの血液型 (A, O, B, AB) _____ 利き腕 (左利き, 右利き) _____

現在ある症状には○印、**過去**の症状には△印を付けて下さい。

- | | | |
|------------|--------------|-------------|
| () 食欲減退 | () 胃腸の病気 | () 循環器の病気 |
| () 不 眠 | () 胆のうの病気 | () 高血圧・低血圧 |
| () 便 秘 | () 腎臓の病気 | () 貧血・冷え症 |
| () 下 痢 | () 排尿困難 | () 痛風・リウマチ |
| () 頭 痛 | () 糖尿病 | () 関節炎 |
| () めまい | () 肝臓の病気 | () 腫 瘍 |
| () 目の病気 | () 腰痛・下肢痛 | () アレルギー |
| () 耳の病気 | () 肩こり、首の痛み | () 精神不安定 |
| () 鼻の病気 | () 腕の痛み、しびれ | () 自律神経失調 |
| () 呼吸器の病気 | () その他神経痛 | () 婦人科疾患 |

今回の治療に関して診断書、証明書の必要性がありますか。 はい・いいえ _____