

予 診 表

年 月 日

名前			生年月日	明・大・昭・平
			年	月 日 才
住所				
電話		職業		
紹介者	様		看板	折込チラシ
			電話帳	インターネット
			その他	()
整形外科・整骨院・マッサージ・鍼灸・指圧・整体・カイロ				
その他 () にかかったことが ある ない				
普段の血圧は 高い 平常 低い				
上 () 下 ()				
病気・怪我・移植の手術をしたことが ある ない				
いつ頃 () どんな手術 ()				
捻挫・骨折・脱臼をした事が ある ない				
いつ頃 ()				
現在の症状およびしばしば起こる症状に○印をつけて下さい				
1. 頭が痛い	13. ぎっくり腰	24. 正座ができない		
2. 目が疲れる・渋い	14. 慢性腰痛	25. 胃が痛い・腹がはる		
3. 首のこり・痛み	15. 椎間板ヘルニア	26. 尿の出が悪い・近い		
4. むち打ち	16. 坐骨神経痛	27. 耳鳴りがする		
5. 肩こり・痛み	17. 手・腕が痛い・動きにくい	28. めまいがする		
6. 四十肩・五十肩	18. 指がしびれる	29. 顎関節症		
7. 背中へのこり・痛み	19. 腱鞘炎	30. 骨粗鬆症		
8. 胸が痛い・苦しい	20. 足が痛い・動きにくい	31. リウマチ		
9. 深呼吸ができない	21. 足がしびれる	32. 側弯症		
10. 不整脈がある	22. 膝が痛い・動きにくい	33. 糖尿病		
11. 喘息がある	(内側・外側・前側・後ろ側)	34. その他		
12. 腰が痛い・重い	23. 股関節が痛い・動きにくい	()		