

問 診 表

氏名：	Email：
住所：	
TEL：	その他 TEL：
携帯：	紹介者：
日付：	生年月日： 年 月 日

PART 1.



* 以下の質問に、
できる限り率直にお答えください。

診てもらいたい症状/疾患 (複数可) をご記入ください。それが始まった日付もお書きください。

既往歴 (過去のケガ、事故、手術など) をご記入ください。およその日付もお書きください。

あなたが現在服用中の薬がありましたら (薬局で購入したものも含む) ご記入ください。

上記の症状のため、日常の活動上あなたが困難だと思うこと、または制限されていることは何ですか？

以前にも同じような症状や疾患がありましたか？ あったとしたら、それはいつごろですか？

ボディータークに対してあなたが期待していることは何ですか？

その症状/疾患のために、他にもヘルスケアの専門家に診てもらっている場合は、ご記入ください。

この1年間に医学的検査を受けている場合は、ご記入ください。

PART 2.

* 以下の症状が起こる頻度に、最も当てはまる数字に○印をしてください。
症状がなければ空白のままでもかまいません。

- 1 まれにある 月に一度かそれ以下)
- 2 時々ある 週に一度より少ない)
- 3 頻繁にある 週に一度以上)
- 4 常にある

消化器系	1 2 3 4 軟便または下痢	1 2 3 4 ガスまたはゲップ	1 2 3 4 血便/下血
	1 2 3 4 便秘	1 2 3 4 胃または腸の痛み	1 2 3 4 黒色または暗色便
	1 2 3 4 消化不良	1 2 3 4 胸やけ	1 2 3 4 淡色便
	1 2 3 4 寄生虫	1 2 3 4 食欲過多	1 2 3 4 脂/油料理の消化不良
	1 2 3 4 胃酸の逆流	1 2 3 4 食欲不振	はい いいえ 高コレステロール
	1 2 3 4 食道裂孔ヘルニア	1 2 3 4 過敏性腸症候群	はい いいえ 胆石
	1 2 3 4 吐き気 / 嘔吐	1 2 3 4 痔	

呼吸器系	1 2 3 4 痰が絡んだ咳	1 2 3 4 鼻の症状/疾患	1 2 3 4 その他：_____
	1 2 3 4 空咳	1 2 3 4 嗅覚障害	はい いいえ 肺炎
	1 2 3 4 胸苦しさ	1 2 3 4 副鼻腔症状/疾患	はい いいえ 喘息
	1 2 3 4 息切れ	1 2 3 4 アレルギー	はい いいえ 肺気腫
	1 2 3 4 うっ血	1 2 3 4 花粉症	はい いいえ 気管支炎
	1 2 3 4 喘鳴	1 2 3 4 風邪をひきやすい	はい いいえ たばこは吸いますか？ 1日の本数：_____

心血管系	1 2 3 4 高血圧	1 2 3 4 情動不安/落ちつきのなさ	はい いいえ 心(臓)疾患
	1 2 3 4 低血圧	1 2 3 4 動悸	はい いいえ 静脈炎
	1 2 3 4 胸痛	1 2 3 4 心拍が遅い	1 2 3 4 血が固まりにくい
	1 2 3 4 めまい	1 2 3 4 血行不良	はい いいえ 心臓発作 回数：_____
	1 2 3 4 あざがでやすい	1 2 3 4 血が固まりやすい	はい いいえ 脳卒中 回数：_____
	1 2 3 4 むくみ	1 2 3 4 手または足が汗ばむ	はい いいえ その他：_____
	1 2 3 4 手または足が冷える	1 2 3 4 貧血	

泌尿器系	1 2 3 4 排尿痛	1 2 3 4 耳痛	はい いいえ 腰痛
	1 2 3 4 失禁	はい いいえ 聴覚障害	はい いいえ 膝の症状/疾患
	1 2 3 4 排尿困難	はい いいえ 腎臓結石	はい いいえ その他：_____
	1 2 3 4 耳鳴り	はい いいえ 腎感染	

神経系	はい いいえ 失読症 (ディスレクシア)	はい いいえ てんかん	はい いいえ 発達または成長障害
	はい いいえ 学習障害 (LD)	はい いいえ 頭部損傷	はい いいえ 神経障害 タイプ：_____
	はい いいえ 多発性硬化症	はい いいえ しびれ 場所は？ _____	
	はい いいえ 筋ジストロフィー	はい いいえ 刺痛 場所は？ _____	

筋肉・関節	1 2 3 4 顎関節痛	1 2 3 4 腕の脱力感	はい いいえ 関節リウマチ
	1 2 3 4 顔面痛	1 2 3 4 胴体の脱力感	はい いいえ 人工関節
	1 2 3 4 平衡感覚障害	1 2 3 4 歩行困難	はい いいえ 骨折、骨のひび _____
	1 2 3 4 協調運動不全	1 2 3 4 関節の腫れ	
	1 2 3 4 脚の脱力感	はい いいえ 変形性関節症	はい いいえ 骨を固定する釘など： _____

痛い箇所に印をして、右側か左側かをご記入ください。

筋肉・関節(続き)	はい いいえ	肩	左	右	はい いいえ	脚	左	右	はい いいえ	背中中部	左	右
	はい いいえ	腕	左	右	はい いいえ	膝	左	右	はい いいえ	背中下部(腰)	左	右
	はい いいえ	肘	左	右	はい いいえ	足首から下	左	右	はい いいえ	運動(動きに)制限のある箇所		
	はい いいえ	手	左	右	はい いいえ	首	左	右				
	はい いいえ	臀部	左	右	はい いいえ	背中上部	右	左				

その他	1 2 3 4	不眠	1 2 3 4	倦怠感	はい	いいえ	体重減少	
	1 2 3 4	抑うつ感	1 2 3 4	発話困難	はい	いいえ	結核	
	1 2 3 4	長すぎる睡眠 何時間?	1 2 3 4	喉が渇かない	はい	いいえ	甲状腺の症状/疾患	
	1 2 3 4	ふるえ	1 2 3 4	喉が渇きすぎる	はい	いいえ	線維筋痛(症)	
	1 2 3 4	記憶力貧困	1 2 3 4	ドライマウス	はい	いいえ	嗅覚障害	
	1 2 3 4	集中困難	1 2 3 4	夜間(疼)痛	はい	いいえ	味覚障害	
	1 2 3 4	不安感	1 2 3 4	頭痛	はい	いいえ	癌 場所は? _____	
	1 2 3 4	怒りっぽい	1 2 3 4	片頭痛	はい	いいえ	アレルギー? リスト: _____	
	1 2 3 4	仕事の人間関係の中での強迫観念	1 2 3 4	目の痛み				
	1 2 3 4	計画または決定できない	1 2 3 4	ドライアイ	はい	いいえ	肝炎 型: _____	
	1 2 3 4	めまい	1 2 3 4	涙目	はい	いいえ	感染性疾患: _____	
	1 2 3 4	柔らかいまたはもろい爪	1 2 3 4	目の症状/疾患?	はい	いいえ	ヘルペス	
	1 2 3 4	気温/天候の変化に耐えられない	はい	いいえ	歯科的な症状/疾患	はい	いいえ	カンジダ
	1 2 3 4	発熱	はい	いいえ	難聴	はい	いいえ	带状疱疹
	1 2 3 4	寒気	はい	いいえ	嚥下(飲み込むこと)困難	はい	いいえ	薬物依存 _____
	1 2 3 4	鼻血	はい	いいえ	糖尿病			
	1 2 3 4	腺の腫れ	はい	いいえ	体重増加	はい	いいえ	皮膚病: _____

男性のみ	1 2 3 4	前立腺の症状/疾患	1 2 3 4	勃起障害 (ED)	はい	いいえ	不妊症
	1 2 3 4	生殖器に関連した痛み	1 2 3 4	排尿問題	はい	いいえ	前立腺がん

女性のみ	1 2 3 4	乳房痛(圧痛)	はい	いいえ	更年期障害/症状	はい	いいえ	卵巣のう胞	
	はい	いいえ	胸のしこり	はい	いいえ	月経周期は規則正しい? 周期の長さ: _____	はい	いいえ	子宮内膜症
	はい	いいえ	乳頭分泌	はい	いいえ	過剰な経血を伴う月経痛	はい	いいえ	月経前症候群
	はい	いいえ	閉経	はい	いいえ	性交時痛	はい	いいえ	不妊症

* 以下の気持の中で、ここ数カ月間に感じているものを
○で囲んでください。

* 以下に挙げる項目のストレスの度合いに最も当てはまるものに○印をしてください。

幸福度	虐待されている	被害妄想	深く悲しむことができない	パニックになる	家族のストレス:	ない	少し	普通	ひどい
	批判されている	圧倒されている	気がかりだ	寛容でない	人間関係のストレス:	ない	少し	普通	ひどい
	働きすぎ	混乱している	動揺している	先行き不安	職場のストレス:	ない	少し	普通	ひどい
	無気力	迫害されている	気のもめる	苛立っている	金銭的ストレス:	ない	少し	普通	ひどい
	憂うつ	罪悪感	悩んでいる	憤慨している	健康上のストレス:	ない	少し	普通	ひどい
	拒絶されている	イライラしやすい	恐れている	怒っている	その他のストレス:	_____	ない	少し	普通

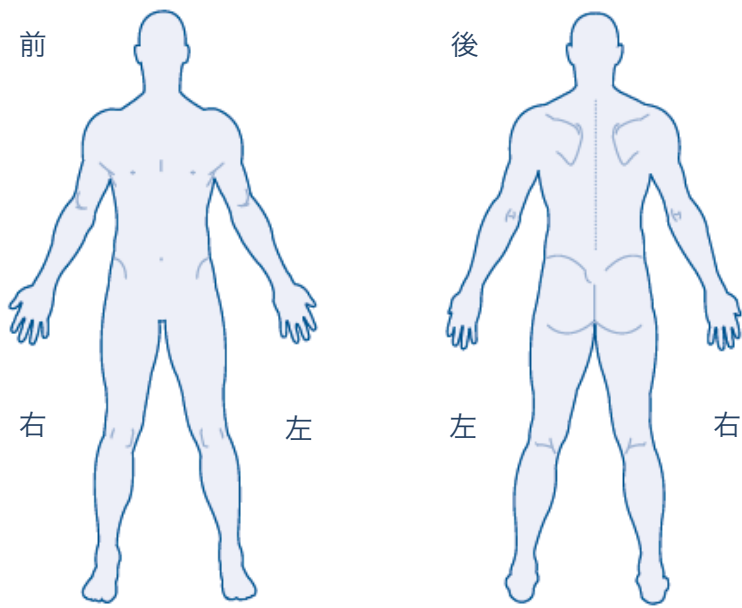
あなた自身がリラックスするための時間はどれくらいありますか？ また、リラックスするのにどんなこと（たとえば趣味、瞑想など）をしますか？

運動はしていますか？ はい いいえ している場合、どんなことをどれくらいの頻度でしていますか？

夜の睡眠時間は何時間ですか？ 約 _____ 時間 よく眠れますか？ はい いいえ よく眠れないとしたら、詳しく教えてください。

PART 3. * 痛みのある箇所を挙げ、その不快感のレベルを1から10で表した場合、最も当てはまるものに○印をしてください。		1 わずかに不快感がある 2～3 気になるほどの不快感がある 4～6 痛みは強いが動くことはできる 7～9 痛みが強すぎて普通に動くことができない 10 緊急治療室に運んでもらう必要があると思うほど
1 2 3 4 5 6 ⑦ 8 9 10	例：首	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PART 4.
 * 痛みや不快感のある箇所を、身体図に斜線で表してください。また、必要に応じて横にコメントをご記入ください。



コメント：

施術士のコメント：

ボディートークやイベントのお知らせをお送りしてもいいですか？（不定期メールマガジン） はい ・ いいえ

クライアントの署名： _____ 日付： _____

施術士の署名： _____ 日付： _____