

## 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？

ボディート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	運動(動きに)制限のある箇所 はい いいえ _____
	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 帯状疱疹
	1 2 3 4 寒気	はい いいえ 嘔下(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で困ってください。

\* 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
	落胆している	不安	我慢できない	激怒している					
	無力だ	悲しい	脅されている	神経質な					
	絶望している	悲嘆にくれている	そわそわする	心配している					

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？

---

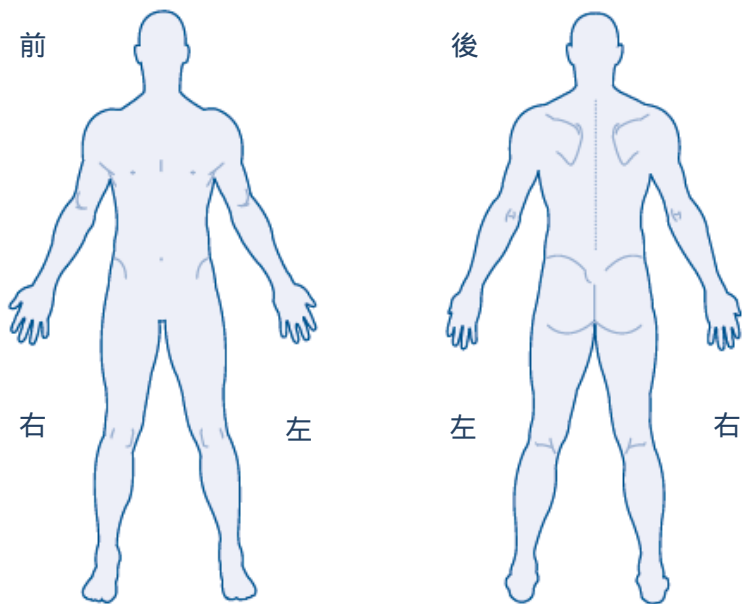
運動はしていますか？ はい いいえ している場合、どんなことをどれくらいの頻度でしていますか？

---

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。

<b>PART 3.</b> * 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:

---



---



---

クライアントの署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

施術士の署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_