

# atamakori Labs 問診票

ID : \_\_\_\_\_

ご来院日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

▼以下、ご記入ください。

お名前	ふりがな
	(男・女)
生年月日	(大・昭・平・令) _____ 年 ____ 月 ____ 日生まれ ( ____ 歳)
ご住所	_____ *マンション・アパート名は省略せずご記入願います。
	_____
お電話番号 <small>※当院から連絡してよい番号</small>	① ( _____ ) _____
	② ( _____ ) _____
<small>・長引く症状は日常生活と密接な関係があり、普段の姿勢や動き以外に、対人業務が否か、ストレス状況等も影響します。          ・プライベートに関わることで、差し支えない範囲で構いません。          ・出来るだけ詳しく記入していただけますよう、ご協力お願いします。</small>	
◆ご職業・業務内容	◆勤務先の名称
_____	_____
_____	_____

●お悩みの症状の内容をお聞かせ下さい。その症状がいつ頃からかも併せてご記入下さい。

- ① \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_
- ③ \_\_\_\_\_

●今回の症状で、これまでに「病院」で診察を受けたことがありますか？

- ない ・ ある →  整形外科  脳神経外科  神経内科  耳鼻咽喉科  心療内科  
 頭痛外来  眼科  歯科  その他 ( \_\_\_\_\_ )

※可能な範囲で構いませんので、以下もご記入下さい。

医療機関名 : \_\_\_\_\_ 受診日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

検査内容 : \_\_\_\_\_ 診断名 : \_\_\_\_\_

治療内容 : \_\_\_\_\_

●今回の症状で、これまでにマッサージ・整体・整骨院などに行かれたことはありますか？

ない・ある → 名称：\_\_\_\_\_ 施術時間：平均\_\_\_\_\_分

週に2回以上 週に1回 2週に1回 1ヶ月に1回 不定期

●今回の症状で、これまでにパーソナルトレーニング・ジムなどに行かれたことはありますか？

ない・ある → 名称：\_\_\_\_\_ 目的：\_\_\_\_\_

週に2回以上 週に1回 2週に1回 1ヶ月に1回 不定期

●今回の症状で、これまでに受けた施術についてお答えください。

★鍼(はり) ない・ある → 受けた部位(首・肩など)：\_\_\_\_\_

週に2回以上 週に1回 2週に1回 1ヶ月に1回 不定期

★電気鍼(はり) ない・ある → 受けた部位(首・肩など)：\_\_\_\_\_

週に2回以上 週に1回 2週に1回 1ヶ月に1回 不定期

★低周波 ない・ある → 受けた部位(首・肩など)：\_\_\_\_\_

週に2回以上 週に1回 2週に1回 1ヶ月に1回 不定期

★注射 ない・ある → 受けた部位(首・肩など)：\_\_\_\_\_

週に2回以上 週に1回 2週に1回 1ヶ月に1回 不定期

上記以外で受けた施術がございましたら、教えてください。

---

---

●現在、治療中の病気、もしくは持病はありますか？

ない・ある → (病名：\_\_\_\_\_)

●現在、服用している薬はありますか？

ない・ある → (お薬：\_\_\_\_\_)

服用の目的：\_\_\_\_\_

●今までに薬や注射で副作用が出たことはありますか？

ない・ある → (薬の名前：\_\_\_\_\_ 副作用の症状：\_\_\_\_\_)

(薬の名前：\_\_\_\_\_ 副作用の症状：\_\_\_\_\_)

●過去に大きなケガ、交通事故、入院や手術をされた事がありますか？

ない・ある → (いつごろ：\_\_\_\_\_)(病名：\_\_\_\_\_)

●女性の方のみお答え下さい。現在妊娠していますか？                    いいえ・はい(     ヶ月)・不明

●以下に思い当たるものがありましたら□に印をつけてください。(複数可です)

- 心臓ペースメーカー     重度の糖尿病     狭心症     肝炎     HIV     出血傾向  
 アレルギー (具体的に: \_\_\_\_\_)

●治療に対する考えを教えてください。

わかる範囲で構いません。該当するもののみチェック印をお願いします。(複数可)

- 今後のことはさておき、とりあえず今のツライ症状をどうにかしたい。  
 未来を見据えた根本治療を希望する。                     運動があまり好きではない。  
 現在の症状により生活に支障がある。                     治療における副作用が気になる。  
 刺激がソフトな施術を希望する。                     マッサージは強めが好みである。  
 治療は心地よさよりも効果を第一に求める。                     良くなるのであれば、何でもやりたい。  
 もみかえしやダウンタイム (一過性に症状が増加する期間) が出やすい。  
 鍼 (はり) 治療は苦手である。できれば行いたくない。  
 根本治療・方針・説明に納得すれば、治るまで一定期間通院することは可能である。  
 忙しくて基本的に定期的な通院は難しい。

●当院を受診された「きっかけ」をお教え下さい。

- 近くにお住まい、またはお勤めである。  
 家族が当院にかかっている。                    (お名前: \_\_\_\_\_)  
 知人からの紹介                    (お名前: \_\_\_\_\_)  
 当院のホームページを見て  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

●当院への交通手段をお教え下さい。

- 自家用車     タクシー     バス     徒歩     自転車     電車

●特に何かご要望がございましたらご自由にご記入ください。

---

---

---

ご協力ありがとうございます。当日は3枚忘れずにお持ちくださいませ。

頭こりラボ

〒152-0004 東京都目黒区鷹番3-6-8 学大YSビル3F

TEL: 070-9033-9127