

ヒアリングシート

初回 平成 年 月 日

かな 氏名	様	男 女	大正 昭和 平成 西暦	年 月 日生
住所	〒	職業	会社員・自営業・学生・主婦 その他 ()	
電話		携帯電話		
メール	(メールでの連絡がOKな方はご記入下さい。) <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> @docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> @softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> @ezweb.ne.jp <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> @ ()			
悩んでおられる症状は？ (○印でお囲みください) ※特に酷い症状については◎でお囲みください。 体のゆがみ 首痛 肩こり 背中痛 腰痛 股関節痛 膝痛 シビレ (部位:) 自律神経失調 むくみ 冷え性 生理痛 生理不順 便秘 不眠 頭痛 めまい 不整脈(動悸) アレルギー ストレス いらいら感 不安 パニック うつ 各種恐怖症 集中力低下 やる気が出ない マイナス思考 その他 ()				
症状について具体的に書ける方は、ご記入下さい。				
主訴 一番治したい症状は？ 症状名: () 痛みを数字で表すとどれくらいですか？ 痛くない・辛くない ← 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 → 痛い・辛い				
いつごろから身体の症状に悩んでいますか？ 例: (腰は1年前から、肩こりは半年前くらいから)				
どんな時に症状が出ますか？ 例: (椅子から立ち上がる時に腰が痛い)				
症状が出たキッカケがあれば教えてください 例: (仕事がデスクワークに代わってから・3年前の交通事故)				
今回の症状を医師に診てもらいましたか？ (はい・いいえ)		そこでの診断名 () レントゲン検査 (有・無) MRI・CT (有・無)		
症状を改善させるために今まで受けた治療は？ 整形外科 内科 産婦人科 整体・カイロ・鍼灸・ マッサージ・その他 ()		現在、何かお薬を飲んでいますか？ ()		

