

来院時、この問診控えをご持参ください。

【 問 診 控 え 】

日高整体院

初診 平成 年 月 日

患者名：
(ふりがな)

性 別： 男 ・ 女

生年月日： 昭和 ・ 平成 年 月 日 歳

住 所： 〒

電話番号：

1. 分娩時の様子(普通、逆子、難産、安産)
2. 赤ちゃん時(母乳・ミルク・混合)
3. ハイハイは(していた・しなかった)
4. 幼児期歩き方(変に思った・普通)
5. アトピー(有・無)
6. 喘息(有・無)
7. 歯の矯正(有・無)
8. 両親に側弯はありますか。(有・無)
9. 兄弟・姉妹のいる方 _____人 兄弟・姉妹で上から _____番目
10. 側弯症発見の時期 ・お子様の体の変化を感じたのは _____歳ごろ変に思った。
■当時は幼・小・中・高・大 _____年生 _____歳の時 _____検診で発見。
■現在は小・中・高・大 _____年生又は社会人です。部活動は _____
11. 発見時に医師、学校医になんと行われましたか。
【病院名】 _____ 発見時度数(_____ 度 _____ 度)
12. 定期検査はしていますか。(している・していない・今度初めて行く)
している方は最近のレントゲンの度数は何度と言われましたか。(_____ 度 _____ 度)
次回検診はいつですか。平成 _____年 _____月ごろ _____回目検診
13. 装具療法または将来手術のことを言われましたか。
14. 装具をしている方は装具装着度は(_____ 度 _____ 度) 装具装着年数 _____年 _____ヶ月
15. 特に治療法で言われたこと、運動指示などはどうですか。
16. 今まで接骨院、整体、カイロ、マッサージ、針など治療を受けたことがある場合、治療歴を書いて下さい。
17. 成長期にある方で昨年と今年の身長伸びはどうですか。
平成 _____年 _____月ごろ _____センチで、現在は _____センチ
18. 現在 腰背中など痛みのある方、いつ頃から又どのような時痛みを感じますか。

治療に当たってはレントゲンを借用かコピーして持参していただきますが、してくれない病院もありますのでその時は要りません。

・レントゲンがない、又古い、など現状が分からない場合、先に病院で検診していただくこともあります。その他、ご質問事項は FAX またはお電話でお願い致します。