

平成 年 月 日

WellinnateLife CHIROPRACTIC
Patient Health Questionnaire Sheet

1. 個人情報

以下に記入してください

フリガナ

氏名/Name : _____ 性別/Gender : 男性/Male ・ 女性/Female

生年月日/Birth : 西暦/Year _____ 年 : (大・昭・平 _____ 年) _____ 月/M _____ 日/D

年齢/Age : _____

住所/Address : 〒 _____

電話番号/Phone# : 自宅・携帯 : () _____ -

E-mail : _____

職業/Occupation : _____

(女性のみ) 現在、妊娠はしていますか? /Are you pregnant?

はい/Yes : _____ カ月/M

いいえ/No

婚姻区分 : 既婚/Married : お子さんはいらっしゃいますか? /Do you have any children?

はい/Yes : _____ 人/How many? ; _____ 歳/age

未婚/Unmarried

どのようにして当院をお知りになりましたか? /

紹介/referral : 紹介者名/whom : _____

ホームページ/HP ・ インターネット/internet

セミナー・講演会/seminar/workshop

あなたの来院された理由または健康上の問題&悩みは何ですか?

What brings you into our office today?

過去にカイロプラクティック医師(または国際基準の資格保持者)の診療所またはオフィスに通院したことがありますか?

Have you seen a chiropractor before?

ある/Yes : 期間/How long? : _____ / _____ 年前/When?

ない/No

いままで、事故や怪我の経験はありますか？

Have you had an accident or major injuries before?

ある/Yes : いつごろですか？/When? _____

どんな事故・怪我でしたか？/How? _____

ない/No

いままで、入院または手術を経験されたことはありますか？

Have you had any surgeries, hospitalization, or injuries?

ある/Yea : 理由/Why? : _____

いつごろですか？/When? : _____

ない/No

2. 症状

1.痛みや症状の場所/Location of your pain_____

頻度/Frequency : 断続的/intermittent時々/sometimes頻繁/frequent 常に/always

(pain scale) 軽度/mild 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 重度/severe

症状が増す動きや姿勢はありますか？/what make it pain increase?

症状が軽減する動きや姿勢はありますか？/what make it pain decrease?

いつ発症しましたか？/when did that occur? _____

2.痛みや症状の場所/Location of your pain_____

頻度/Frequency : 断続的/intermittent時々/sometimes頻繁/frequent 常に/always

(pain scale) 軽度/mild 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 重度/severe

症状が増す動きや姿勢はありますか？/what make it pain increase?

症状が軽減する動きや姿勢はありますか？/what make it pain decrease?

いつ発症しましたか？/when did that occur? _____

下図の症状にあてはまる場所はありますか？気になっている部分を○で囲んで下さい。

VERTEBRAL LEVEL	NERVE ROOT*	神経支配	症状、内蔵疾患、機能不全
C1	C1	全ての神経制御、脳、 耳、目、鼻、頭、 副甲状腺、横隔膜、頸 筋、顎関節、頭皮、 涙線	頭痛、偏頭痛、耳の痛み、風邪、 副鼻腔炎、めまい、不安感、 アレルギー体質、視力低下、 聴力の低下、風邪を引きやすい、 慢性疲労、鼻水、頸部のこり 喉の痛み、咳、扁桃炎、 腕の痛み、手、指先のしびれ、 喘息、心臓の問題、高血圧
C2	C2		
C3	C3		
C4	C4		
C5	C5		
C6	C6		
C7	C7		
C8	C8		
T1	T1	腕、食道、心臓、肺、 肩甲骨周り、乳房、 喉頭、気管、胸腺、	T1~T4 : 心臓の問題、喘息、気管支炎、咳、 消化不良、吐き気、呼吸が浅い、 食後の胃の張り、胸膜炎
T2	T2		
T3	T3		
T4	T4		
T5	T5	胆のう、肝臓、横隔膜、 胃、脾臓、膵臓、腎臓、 小腸、虫垂、副腎、 十二指腸	T5~T8 : 胃炎、潰瘍、消化不良、頭痛、 中毒症、発疹、糖尿病、低血糖、 慢性疲労、風邪を繰り返す
T6	T6		
T7	T7		
T8	T8		
T9	T9		
T10	T10		
T11	T11	膀胱、腎臓	T9~T12: ストレス、過敏性大腸、腸の張り、 じんましん、アトピー性皮膚炎、 湿疹、高血圧、低血圧、 排尿の低下、足首の腫れ、膀胱炎
T12	T12	大腸、臀部、 鼠径部、生殖器、 前立腺/子宮、 卵巣、直腸、結腸、 腰部、大腿部、膝、 足、足指、座骨神経	便秘、大腸炎、下痢、 食後1~2時間後の腹痛 (L2)、 過敏性大腸、痔、排尿痛、 座骨神経痛、生殖器の低下、静脈 瘤 女性の問題-更年期障害、不妊、 生理痛、生理不順、前月経症候群 (PMS)
L1	L1		
L2	L2		
L3	L3		
L4	L4		
L5	L5	臀部、生殖器、 前立腺/子宮、足、 足首、足指	生殖器の問題 尾骨-うつ病、てんかん、ADD、 ADHD、多動性障害、強迫神経症、 偏頭痛、めまい、
仙骨			