

新規患者の健康履歴

脊椎整復療法の新規患者向けの包括的な健康歴聴取フォーム（脊椎の健康と外傷歴を含む）

患者情報

名 *	姓 *
メールアドレス *	電話番号 *
生年月日 *	
YYYY年MM月DD日	

紹介情報

どうやって当院を知りましたか？

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 医師の紹介 | ☐ 友人または家族 | ☐ 保険会社 |
| ☐ オンライン検索 | ☐ ソーシャルメディア | ☐ その他 |

主治医

医師の電話番号

主訴

本日来院された主な理由は何ですか？ *

痛みまたは違和感を感じている場所はどこですか？ *

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 頭部・頭痛 | ☐ 頸部 | ☐ 上背部 |
| ☐ 中背部 | ☐ 下背部 | ☐ 股関節 |
| ☐ 左肩 | ☐ 右肩 | ☐ 左腕・手 |
| ☐ 右腕・手 | ☐ 左脚・足 | ☐ 右脚・足 |

現在の痛みレベル（0=痛みなし、10=想像できる最悪の痛み） *

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ☐ 0 | ☐ 1 | ☐ 2 |
| ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| ☐ 6 | ☐ 7 | ☐ 8 |
| ☐ 9 | ☐ 10 | |

痛みはどのように表現されますか？

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 鋭い | ☐ 鈍い・違和感 | ☐ 焼けるような |
| ☐ ズキズキ | ☐ 射撃痛 | ☐ ピリピリ感・しびれ |
| ☐ 硬直 | ☐ 持続的 | ☐ 間欠的 |

この痛みはいつ始まりましたか？ *

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 今日 | ☐ 数日前 | ☐ 数週間前 |
| ☐ 数ヶ月前 | ☐ 1年以上前 | |

痛みの原因またはきっかけは何ですか？

外傷・事故歴

次のようなことを経験したことがありますか？

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 車・自動車事故 | ☐ 仕事関連の外傷 | ☐ スポーツ外傷 |
| ☐ 転倒・滑り | ☐ 重い物の持ち上げ損傷 | ☐ むち打ち |
| ☐ 骨折 | ☐ 脊椎手術 | ☐ 上記のどれでもない |

外傷についての詳細を記入してください（日付、受けた治療など）

以前にカイロプラクティック施術を受けたことはありますか？ *

- ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合、以前のカイロプラクティック治療と結果を説明してください

医学的状态

現在診断されている、または診断されたことのある以下の症状がありますか？

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ 関節炎 | ☐ 骨粗鬆症 |
| ☐ 椎間板ヘルニアまたは膨隆 | ☐ 脊椎管狭窄症 |
| ☐ 側弯症 | ☐ 線維筋痛症 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 高血圧 |
| ☐ がん | ☐ 脳卒中またはTIA |
| ☐ ペースメーカーまたは埋め込み型装置 | ☐ 上記のどれでもない |

現在の薬剤とサプリメント

生活習慣と日常活動

職業

仕事の内容は主に以下のようなものですか：

- ☐ デスクに座っている ☐ 立っている ☐ 肉体労働
☐ 運転 ☐ 複合的な活動

どのくらいの頻度で運動しますか？

- ☐ 毎日 ☐ 週3～5回 ☐ 週1～2回
☐ 稀に ☐ 全くしない

睡眠の質をどのように評価しますか？

- ☐ 優秀 ☐ 良好 ☐ 普通
☐ 悪い

同意と署名

上記の情報は、私の知る限り正確で完全であることを証明します。不正確な情報の提供が私の健康に危険をもたらす可能性があることを理解しています。健康状態に変化がある場合は、クリニックに通知することに同意します。

上記の情報を読んで理解したことを確認し、インフォームドコンセントを与えます。

上記の情報を読んで理
解しました: _____

署名

日付

名前を記入

日付 *

YYYY年MM月DD日

このフォームはConsentifyから無料で提供されています

Consentifyはこのようなフォームをデジタル同意書に変換し、クライアントがQRコードで自分のスマートフォンから署名できるようにします。自動PDF生成、禁忌フラグ、暗号化されたストレージが含まれます。無料プランは <https://getconsentify.com> から利用可能です。

テンプレートのみ。使用前に、ご自身の所属する専門家または法務顧問に確認してください。要件は管轄区域および実践内容によって異なります。