



Zui of Chiropractic
10700 SW Beaverton Hillsdale HWY
Building 1 Suite 113, Beaverton, OR 97005
Phone 503.941.5465 Fax 503.765.1925
Email hello@zuichiro.com

問診票

日付 _____ 氏名(ローマ字) _____ 生年月日 _____
住所 _____ 市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
電話番号(自宅) _____ (仕事) _____ (携帯) _____
勤務先 _____ 職業 _____
保険会社 _____ かかりつけ医 _____ 最終受診日 _____
メールアドレス _____ 緊急連絡先 _____
身長 _____ 体重 _____ 当院はどなたのご紹介ですか? _____
今までにカイロプラクティックの施術を受けたことはありますか?(丸で囲む) はい いいえ
「はい」の場合、どちらで/いつ受けましたか _____

現在の症状

主な症状(それぞれの強度を1-10丸で囲んでください。10が最も強いです。)

頭痛	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	腕(左/右)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
肩(左/右)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	首の痛み	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
背中(中部)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	腰	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
脚(左/右)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	その他 _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

症状の発症 発症日 ____/____/____ (丸で囲む) 不明 徐々に 突然
この症状は以前にもありましたか?(丸で囲む) はい いいえ 「はい」の場合、いつ? _____

症状はどの様に始まりましたか?(丸で囲む)

力仕事/姿勢 自動車事故 転倒/落下 反復動作 不明 その他 _____

症状はどのくらい続いていますか? _____ 日 _____ 週間 _____ ヶ月 _____ 年間 _____

症状はどのような感じですか?(該当するものをすべて丸で囲む) 鈍い/重い 鋭い
焼ける様な 刺す様な しびれ/チクチク めまい/吐き気 筋力低下

症状はどのくらい続きますか?(丸で囲む)

常時(76%-100%) 頻繁(51%-75%) 時々(26%-50%) 断続的(0%-25%)

この症状に対して薬を服用していますか?または過去に服用しましたか?(丸で囲む) はい いいえ
「はい」の場合、詳細を教えてください _____

他の薬を服用していますか?(丸で囲む) はい いいえ
「はい」の場合、詳細を教えてください _____

漢方、ハーブ、サプリメントを服用していますか?(丸で囲む) はい いいえ
「はい」の場合、詳細を教えてください _____

現在の症状の状態は改善していますか?それとも悪化していますか?(丸で囲む)

急速に改善 ゆっくり改善 変わらない 徐々に悪化 良くなったり悪くなったり

この症状が始まってから、排便や排尿に問題はありましたか?(丸で囲む) はい いいえ
「はい」の場合、詳細を教えてください _____

現在の症状によって、以下の活動に影響が出ていますか？

(「○」= 良くなった場合、「×」= 悪くなった場合を記入してください)

___ 持ち上げる	___ 曲げる	___ 歩く	___ 座る	___ 立つ	___ 階段
___ 手を伸ばす	___ 引く	___ 押す	___ 握る	___ 運動	___ バランス
___ しゃがむ	___ 寝る	___ 読む	___ 休む	___ 熱	___ ひざまづく
___ 運転する	___ 冷え	___ その他	_____		

過去に

大きな事故や怪我はありましたか？ (種類、年) _____

手術を受けたことはありますか？ (種類、年) _____

以下の病気について、該当する場合は「S」= 自分、「F」= 家族と記入してください。

___ 心臓病	___ 糖尿病	___ 脳卒中	___ がん
___ 高血圧	___ 喘息	___ 胃腸疾患	___ 甲状腺の問題
___ 記憶/気分障害			

以下の症状について、該当する場合は「C」= 現在の問題、「P」= 過去の問題と記入してください。

___ 視覚障害	___ 胸の痛み	___ 息切れ	___ 耳鳴り	___ 急激な体重変化
___ 冷や汗	___ 睡眠障害	___ 失神発作	___ めまい	___ バランス感覚の喪失
___ 下痢	___ 胃の不快感	___ 手足の冷え	___ 潰瘍	___ 過度の疲労
___ 便秘	___ 光が目には不快	___ 手足のピリピリ感	___ 副鼻腔の問題	___ 嗅覚の喪失
___ 関節痛	___ 指やつま先のしびれ	___ 消化不良/逆流	___ 腎臓の問題	___ 月経不順/月経痛
___ 胆嚢の問題				

喫煙しますか？(丸で囲む) はい いいえ
「はい」の場合、詳細を教えてください(量など) _____

女性の方へ:妊娠していますか？(丸で囲む) はい いいえ わからない

同意と承諾書

- 私はここに、Zui of Chiropractic LLC による医療サービスの提供を受診する事に同意します。Zui of Chiropractic LLC で受診するサービスにはリスクがある事、そしてカイロプラクティック以外のサービスも存在する事を理解しています。また、治療に関する詳細な質問をいつでも聞けるという権利があることも理解しています。Zui of Chiropractic LLC のスタッフによるサービスの提供とサービスを受診する事に同意します。

- 私は、Zui of Chiropractic LLC で提供するすべてのサービスについて、保険会社に請求する事を同意します(便宜上の措置として)。ただし、すべてのサービスの支払いについて、もし保険会社が支払いを拒否した場合、私自身が全額の責任を負うことを理解しています。

- 私は、Zui of Chiropractic LLC のスタッフに対して、私の医療記録と病歴の情報開示を許可します。また、保険会社が Zui of Chiropractic LLC での医療費の支払いを要求する場合、保険会社に対して私の医療記録と病歴の情報開示を許可します。さらに、Zui of Chiropractic LLC のスタッフが紹介状に基づいて作業する場合、私の医師に対して口頭および書面での病歴の情報開示を許可します。

- 私は、Zui of Chiropractic LLC が私の名前、電話番号、メールアドレス、および臨床記録を使用して、予約リマインダーや治療の代替案について連絡することを許可します。また、Zui of Chiropractic LLC およびその代表者が、上記の目的で私が提供した電話番号のボイスメールにメッセージを残すことも許可します。ただし、将来、書面で要請した場合には、この同意を取り消す権利を留保します。

患者様の署名 _____ 日付 _____

(16 歳未満または本人が署名できない場合)

治療同意者の署名 _____ 日付 _____