

カウンセリングシート

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和
お名前			年 月 日 (歳)
ご住所	〒	性別	男 ・ 女
お電話番号	ご自宅	携帯	
ご職業			

※これから症状についてお伺いします。
些細なことでも教えて頂けると症状改善のきっかけになる場合がありますので
わかる範囲で結構ですのご記入下さい。

本日はどのような症状でお悩みですか？

ケガをした(捻挫・挫傷(肉離れ)など)

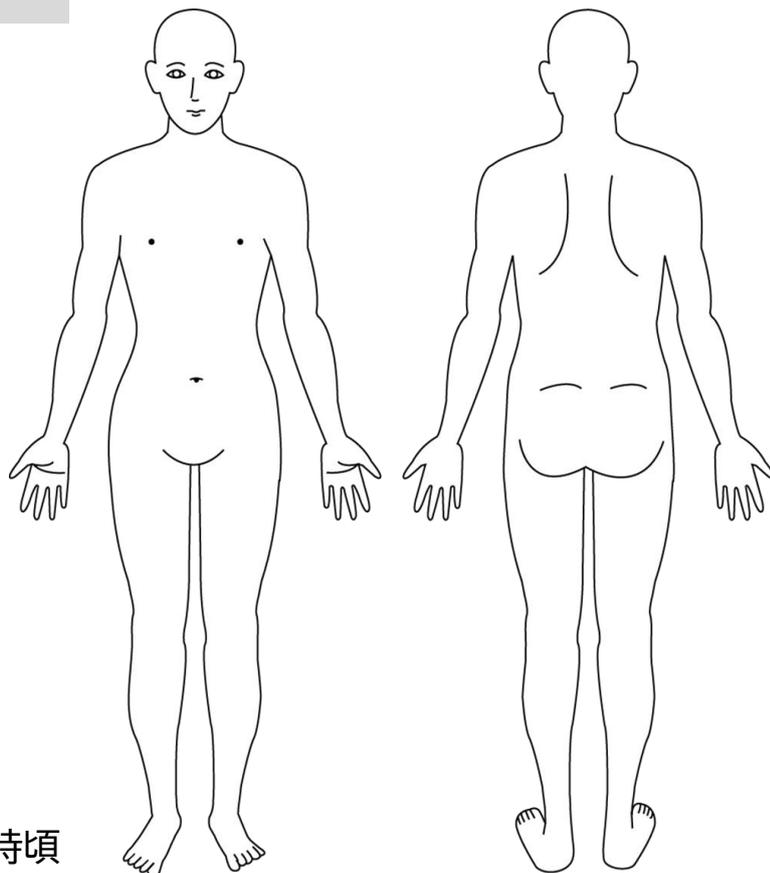
・日常生活 ・交通事故 ・お仕事

それ以外

・慢性的な痛みや神経痛など

・お身体のケア、メンテナンス

・その他



いつからの痛み、症状ですか？

・ 年 月 日 時頃

・ 以前から (年 月頃)

・ わからない、覚えていない

※痛みや痺れ、症状のある部位に印をつけてください

続けて2枚目のご記入をお願いします

どのようにして症状が出ましたか？

- ・どこで(場所) ()
- ・何をしていた ()
- ・どのように痛めた ()
- ・わからない、覚えていない

どのような痛み、症状ですか？

- 安静時、動いてなくても痛む
- 動かすと痛む(どのような動き:)
- 痺れている
- 腫れている、熱感がある
- その他()

今現在の痛み・症状の強さを教えてください



全く気にならない

これ以上ない程

現在の症状で他の医療機関(病院や整骨院など)を受診されましたか？

- はい(医療機関名:)(疾患名:)
- いいえ

現在治療中の疾患や既往症、過去に治療や手術したものなどはありますか？

(ケガや交通事故なども可)

- あり(服薬も含む) なし
- ・ 高血圧、低血圧 ・ 血糖値 ・ 肝機能 ・ その他()
- ・ ペースメーカー、カテーテル ・ プレートや人工関節(部位)
- ・ その他(疾患名 / 年 月頃)
- (疾患名 / 年 月頃)
- (疾患名 / 年 月頃)

現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？(女性の方のみ)

- いいえ はい(現在 か月) 出産歴あり(年・ 年)

お手数ですが3枚目までご記入をお願いします

