

# 伊勢メディカルヨガ VATA 問診票

ふりがな			男	生年月日	
お名前			・	大・昭・平	
			女	年 月 日	歳
ご住所	〒 -				
電話番号	携帯電話	緊急連絡先 ① (続柄 )	緊急連絡先 ② (続柄 )		
お仕事	<input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 建築・土木 <input type="checkbox"/> 医療・介護職 ( ) <input type="checkbox"/> 運転手 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
運動	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> ウォーキング <input type="checkbox"/> ランニング <input type="checkbox"/> 野球 <input type="checkbox"/> サッカー <input type="checkbox"/> バレーボール <input type="checkbox"/> バスケットボール <input type="checkbox"/> テニス <input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> その他・趣味 ( )				
既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 胃かいよう <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食べ物： 薬： その他：				
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
内服薬	<input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 骨の薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 血圧の薬				

<p>今のお体の状態について</p> <p>①病院などで受けた診断名</p> <p>②いつ頃から痛みが出始めましたか？</p> <p>③どんな動きの時に痛みますか？</p> <p>④痛みはどれくらい続きますか？</p> <p>⑤痛みの具合を数字で表してみてください。          一番強い痛みの時の数字に ● 一番弱い痛みの数字に ● 一日の平均に ●</p> <p> </p> <p>⑤痛み止めの種類、飲む回数</p> <p>⑥痛み以外で当てはまる症状に○をつけてください。          だるさ 便秘になりやすい 下痢になりやすい 頭痛          めまい 肩こり 腰痛 不安 いらいら 落ち込みやすい</p>	<p>痛む箇所に○を付けてください</p>
---	-----------------------