

Patient Questionnaire

Name: _____ Age: _____ Date: _____

Insurance: Medicare / Blue Cross / Blue Shield / Cigna / Aetna / United / Other: _____

Referring Physician: _____ Fax: _____

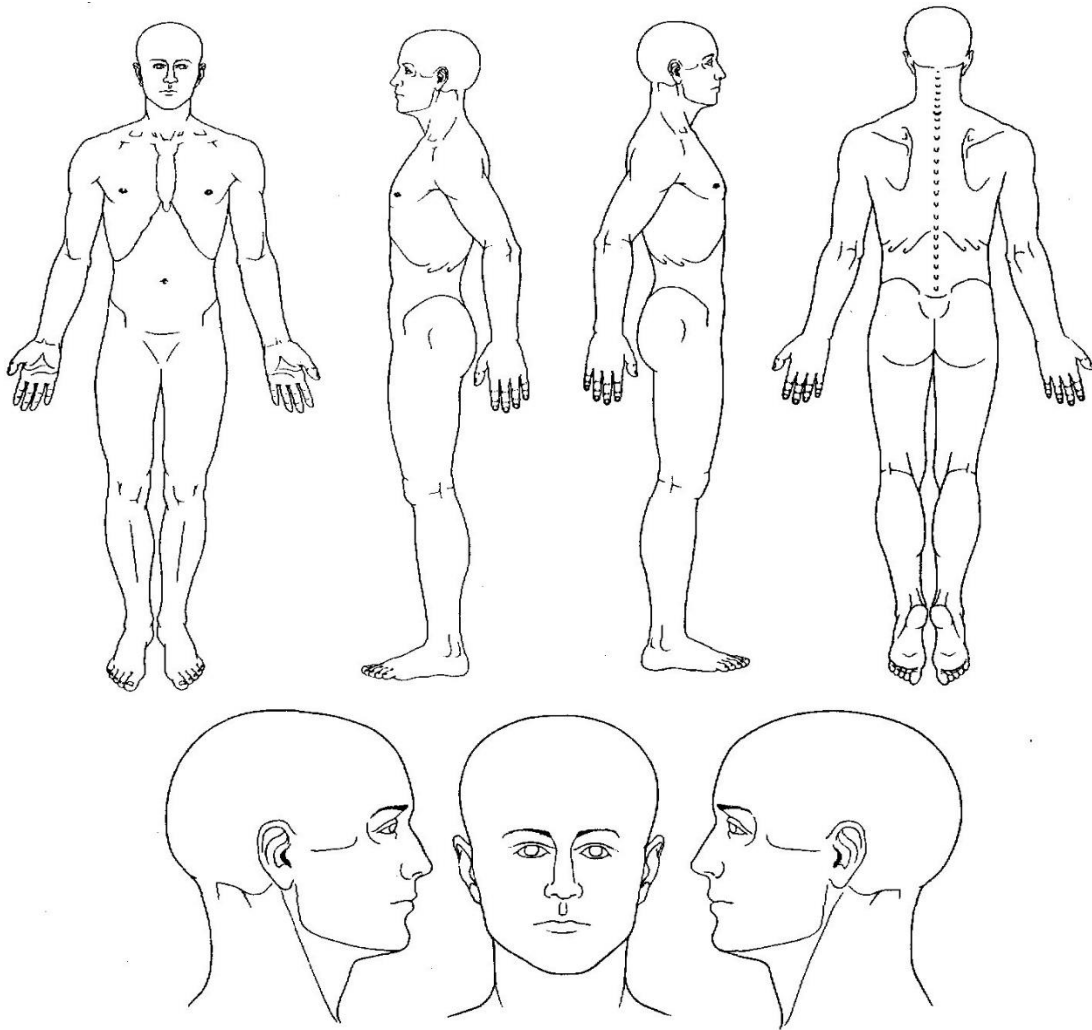
Primary Physician: _____ Fax: _____

Pharmacy (Name/Address/Phone): _____

Pain Diagram:

Please indicate the area you are experiencing pain.

※痛みの症状がある部分に○をして下さい。



Chief Complaint: Please state your main problem(s) 症状を表示して下さい。

How long has this been proceeding? この症状はどのくらい続いておりますか？

How often does this occur? この症状はどのくらいの頻度で起こりますか？

How long does it last? 症状が出る時はどのくらい続きますか？

What makes it better? 何をすると症状が和らぎますか？

What makes it worse? 何をすると症状が悪化しますか？

Pain Level: Please indicate by circling the numbers for each question below.

※下記の質問は数字に○をしてお答え下さい。

Describe your pain at its WORST ・ 痛みが一番強い時のレベルを表示して下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Describe you pain at its BEST ・ 痛みが一番弱い時のレベルを表示して下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Describe your AVERAGE pain ・ 痛みの平均レベルを表示して下さい。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Describe circle your pain type below ・ 痛みの種類を○して下さい。

THROBBING/ズキズキ

SHOOTING/刺すような

ACHING/ジンジン

HEAVY/重い

OTHER/その他: _____

Surgeries: ※過去に受けた手術と日付をお書き下さい。

SURGERY/手術名	DATE/日付	REASON FOR SURGERY/手術の理由

Medical illness or other medical problems: ※病気・他の問題をお書き下さい。

ILLNESS & PROBLEMS/病名・問題	DATE OF ONSET/いつ頃から

Please list any other current or previous treatments & their outcomes:

※他に受けている・受けていた治療、先生のお名前、日付とその効果をお書き下さい。

TYPE OF TREATMENT (Physical Therapy, Chiropractic, Acupuncture, Psychotherapy, etc.)	NAME OF PROVIDER	START DATE	END DATE	HELPFUL? YES or NO

Social History:

How much alcoholic beverages do you drink per day?

※一日に飲まれるアルコールの量をお書き下さい。

How many cigarettes do you smoke per day?

※一日に吸われるタバコの本数をお書き下さい。

Do you use/ have used any recreational drugs in the past? Yes _____ No _____

※過去・現在で娯楽用ドラッグは使用されたことはありますか？

→If yes, please explain: Yesの方は使用された物などのご説明下さい。

Family History: ※ご家族がご健在であればできるだけ記入して下さい。

RELATIVE	ALIVE?	AGE	HEALTH/ILLNESS	DIED?	AGE	CAUSE OF DEATH
Father						
Mother						
Brother						
Sister						

Work History:

Are you currently (Please circle): working / unemployed / retired / disabled?

※現在のお仕事の状況に○をして下さい：勤めている・勤めていない・定年している・ディスエイブル

If you are currently working, what do you do?

※お仕事されている方はどのような仕事をされていますか？

How long have you been with your current job?

※現在の職場はどのくらいお勤めされていますか？

If you are retired, what did you do before your retirement?

※定年されている方はその前はどんな仕事をされていましたか？

REVIEW OF SYSTEM

Please place a checkmark if you currently have any of the following symptoms ・ 下記の当てはまる症状に✓をして下さい。

CONSTITUTIONAL ・ 体格

- no problem fever weight loss fatigue

EYE ・ 目

- no problem blurred vision double vision loss of vision
 eye redness eye dryness eye pain

EAR/NOSE/THROAT ・ 耳/鼻/喉

- no problem trouble hearing ringing in ear(s) dizziness (vertigo)
 loss of balance ear pain ear discharge

CARDIOVASCULAR ・ 心臓血管

- no problem chest pain irregular heart beat high blood pressure
 limb swelling limb pain on walking fainting

RESPIRATORY ・ 呼吸器

- no problem trouble breathing chronic cough coughing blood

GASTROINTESTINAL ・ 胃腸

- no problem indigestion heart burn abdominal pain
 nausea vomiting regurgitation
 diarrhea constipation bloody stools

GENITOURINARY ・ 尿生殖器

- no problem incontinence pain on urination blood in urine

MUSCULOSKELETAL ・ 筋骨格

- no problem muscle pain muscle cramp muscle twitches
 loss of muscle bulk neck pain back pain
 joint pain joint stiffness joint swelling

SKIN & BREAST ・ 肌/胸

- no problem numbness tingling discoloration
 hair loss nail change sweating change

NEUROLOGIC ・ 神経

- no problem headache face pain face numbness
 weakness tremors seizures
 blackouts trouble w/ memory trouble concentrating

PSYCHIATRIC ・ 精神

- no problem hallucinations feeling depressed trouble sleeping
 suicidal thoughts inappropriate crying inappropriate laughing

HEMATOLOGIC/LYMPHATIC ・ 血液/リンパ

- no problem abnormal bleeding anemia lumps or swelling

ALLERGIC/IMMUNOLOGIC ・ アレルギー/免疫

- no problem skin rash joint pain dry eyes/dry mouth

ENDOCRINE ・ 内分

- no problem excessive thirst heat/cold intolerance excessive urination