

問診票 No.

Name:

- ・歯や口と関係ないと思われることでも、関わることは多くあります。できるだけ教えてください。
- ・症状が出る部位、左右、どういう動きをした時に、どのような感覚で出るのか教えてください。
- ・朝起きた時、仕事終わり、常時、など症状の出るタイミングや時間帯を教えてください。

*主訴：一番困られている症状（改善を望む症状）は何ですか？

*1日中椅子に座っている、PCを扱っている、など、職種、生活様式に特徴があれば教えてください

*頭部症状・頸部（首）症状・肩周囲症状はありますか？

*背部症状・腰部症状はありますか？

*手の痺れ、指の動きの不具合はありますか？

*股関節・膝・足関節など下肢に症状はありますか？

*眼に斜視、斜位、緑内障等の問題はありませんか？レーシック等手術歴はありませんか？

*耳鳴り、難聴、耳管開放症などの耳の不具合はありませんか？

*睡眠障害、内臓の不調、口の渇きなどありませんか？

*息切れ、動悸、めまいはありませんか？

*平衡感覚の不具合、手足の操作に問題はありませんか？

*妊娠に関わる問題、生理に関わる問題はお持ちですか？

*甲状腺ホルモンなど、脳ホルモンに関わる問題、症状をお持ちですか？

*噛み合わせと関係ないと思われても、カラダのことで不具合があれば何でも書いてください

