

アンケート(身体の不調について)

記入日 年 月 日

氏名

年齢

性別

男・女

疲れ・痛みを感じる体の部位



- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 腰の疲れ、痛み |
| <input type="checkbox"/> 目の疲れ、痛み | <input type="checkbox"/> 内臓の圧迫感 |
| <input type="checkbox"/> 首・肩のこり、痛み | <input type="checkbox"/> 脚のむくみ |
| <input type="checkbox"/> 腕の痛み | <input type="checkbox"/> 膝の痛み |
| <input type="checkbox"/> 深呼吸がしづらい | |

健康診断について

- | | | | |
|--------------------------|-------|-----|--------|
| ①健康診断の検査は毎年、受診していますか？ | ・はい | ・時々 | ・いいえ |
| ②健康診断の結果は（総合的に）いかがですか？ | ・異常なし | ・少し | ・異常がある |
| ③ストレスは（自覚症状として）ありますか？ | ・なし | ・少し | ・ある |
| ④健康診断の結果を生活の中で気にかけていますか？ | ・いる | ・少し | ・ない |

身体について

- | | | |
|---------------------------|--------|----------|
| ①現在、上の図のような症状がありますか？ | ・はい | ・いいえ |
| ②その症状は我慢できますか？ | ・はい | ・いいえ |
| ③今、整形外科・接骨院・カイロプラクティックなどに | ・通っている | ・通っていない |
| ④その症状で仕事に支障がでたことがありますか？ | ・ある | ・ない |
| ⑤その症状は痛みがありますか？ | ・ある | ・ない |
| ⑥その症状はいつ頃からですか？ | ・1年以内 | ・1年以上前から |
| ⑦その症状の該当箇所を上記の図に○をしてください | ・1箇所 | ・2箇所以上 |

身体について聞きたいことがありましたらご記入ください。
