ハリハ　鍼灸 × リハビリテーション

初回問診票

日本語版 1 / 2　分かる範囲でご記入ください。空欄や不明な点は、当日一緒に確認します。

この用紙は、お困りごとと施術前の状態を確認するためのものです。施術への同意書ではありません。

1 基本情報

記入日　　年　　月　　日　　利用者 ID　　〔 受付記入 〕

お名前　　ふりがな

生年月日　　年　　月　　日　　ご希望　□ 治療院　□ 訪問　□ 相談して決めたい

電話番号　　メール

連絡方法　□ 電話　□ メール　　説明の言語　□ 日本語　□ English　□ その他

※電話・メールは、ご連絡に使うものをご記入ください。言語対応は事前に確認します。

2 今 気になっていること

気になる部位　□ 首　□ 肩　□ 背中　□ 腰　□ お尻　□ 腕・手　□ 脚・足　□ その他

左右・詳しい場所

いつからですか　　きっかけ　□ 思い当たる　□ 特にない　□ 分からない

感じ方　□ 痛み　□ こわばり　□ しびれ　□ 重だるさ　□ 疲労感　□ その他

経過　□ 良くなっている　□ 変わらない　□ 悪くなっている　□ 波がある　□ 分からない

強くなる場面・動作と、楽になることを教えてください。

今の痛み・不快感　0 = なし　10 = 想像できる最も強い痛み・不快感

一つに○　　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　　□ 答えにくい

3 楽にできるようになりたいこと

例：振り向く、椅子から立つ、歩く、仕事をする、家族と出かける。自由にお書きください。

特に大切にしたいことや、できるようになりたい時期があればお知らせください。

生活で気になること　□ 仕事・家事　□ 睡眠　□ 歩行・外出　□ 特になし　□ その他

詳しく

初回問診票 続き

日本語版 2 / 2　お名前　　利用者 ID

4 安全のために 最初に確認したいこと

今あるものにチェックしてください。新しく出た症状や、急に強くなった症状は先にお伝えください。

□ 発熱や強い全身の不調　　□ 転倒・事故の後の強い痛み
□ 新しく出た、または進む手足の力の入りにくさ・歩きにくさ
□ 尿が出にくい・尿や便を漏らすなどの変化　　□ 股の間の感覚が鈍い
□ 息苦しさ・胸の痛み　　□ 特にない　　□ 分からないので相談したい

強い症状や急な悪化がある場合は、施術を待たず医療機関へご相談ください。緊急時は 119 です。

5 持病 服薬などについて

現在通院中、またはこれまでに指摘されたものにチェックしてください。

□ 心臓の病気　□ 肺の病気　□ 糖尿病　□ 骨粗鬆症・骨折　□ 出血しやすい病気
□ がんの治療中・治療歴　□ けいれん・失神　□ 免疫を抑える治療　□ その他
□ 特にない　□ 分からない　　病名・手術歴・治療中の部位など

服薬　□ なし　□ あり　□ 分からない　　薬名・サプリメントなど

血液を固まりにくくする薬やステロイドなどもお知らせください。お薬手帳の提示でも構いません。

※薬は自己判断で中止せず、そのまま担当者にお知らせください。

アレルギー・皮膚反応　□ なし　□ あり　□ 不明　(金属・テープ・消毒薬・煙など)
内容
妊娠　□ 該当なし　□ 妊娠中　□ 可能性あり　□ 個別に相談したい　　産後
植込み型の医療機器　□ なし　□ あり　□ 不明　　機器名
感覚が鈍い部位・皮膚の傷や感染・腫れ　□ なし　□ あり　□ 不明　　場所

6 鍼灸についてのご希望

経験　□ 初めて　□ 受けたことがある　　不安　□ 鍼　□ 熱さ　□ 煙　□ 着替え　□ その他
以前、鍼灸や注射などで気分不良・強い反応がありましたか　□ なし　□ あり　□ 不明
詳しく・避けたいこと・配慮してほしいこと

個人情報は相談対応・施術前の安全確認・施術記録のために利用します。広告や写真掲載の同意は含みません。詳しい取扱いや質問は担当者へお尋ねください。

担当者記入

確認者　　日付・時刻　　□ 追加聴取　□ 医療機関への相談を案内
確認内容と対応

ハリハ　鍼灸 × リハビリテーション

Initial Intake Form

English 1 / 2　Please complete what you can. We can discuss blank or unclear items at your appointment.

This form helps us understand your concerns and assess your condition before treatment. It is not treatment consent.

1 Your details

Date completed _____　Client ID _____　[Reception use]
Full name _____
Date of birth _____　Preference ☐ Clinic ☐ Visit ☐ Discuss first
Phone _____　Email _____
Preferred contact ☐ Phone ☐ Email　Language ☐ Japanese ☐ English ☐ Other _____
Please provide the contact details you wish us to use. Language support must be confirmed in advance.

2 What is bothering you

Area ☐ Neck ☐ Shoulders ☐ Upper back ☐ Lower back ☐ Buttocks ☐ Arms / hands
☐ Legs / feet ☐ Other _____　Side / exact location _____
When did it start? _____　Trigger ☐ Known _____
☐ No clear trigger ☐ Unsure
Feeling ☐ Pain ☐ Stiffness ☐ Numbness ☐ Heaviness ☐ Fatigue ☐ Other _____
Course ☐ Improving ☐ Unchanged ☐ Worsening ☐ Comes and goes ☐ Unsure
Which activities or situations make it worse? What makes it easier?

Pain or discomfort now　0 = none　10 = worst pain or discomfort imaginable
Circle one　0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　☐ Difficult to rate

3 What would you like to do more comfortably

For example: turn your head, stand up, walk, work, or go out with your family.

Tell us if there is a particular priority, activity or date that matters to you.

Daily concerns ☐ Work / household tasks ☐ Sleep ☐ Walking / outings ☐ None ☐ Other
Details _____

Initial Intake Form Continued

English 2 / 2 Name _____ Client ID _____

4 Please tell us about these symptoms first

Tick any that apply now. Tell us first about new symptoms or symptoms that are getting worse quickly.

☐ Fever or feeling very unwell ☐ Severe pain following a fall or accident
☐ New or worsening limb weakness or difficulty walking
☐ Difficulty passing urine or new loss of bladder / bowel control
☐ Reduced feeling around the groin ☐ Breathlessness or chest pain
☐ None of these ☐ Unsure and would like to discuss

For severe or rapidly worsening symptoms, seek medical care without waiting for treatment. In an emergency in Japan, call 119.

5 Your health and medicines

Tick conditions you have or have had, including conditions currently being treated.

☐ Heart disease ☐ Lung disease ☐ Diabetes ☐ Osteoporosis / fracture ☐ Bleeding disorder
☐ Cancer or cancer treatment ☐ Seizures / fainting ☐ Immunosuppressive treatment
☐ Other _____ ☐ None known ☐ Unsure
Details, surgery or areas under treatment _____

Medicines ☐ None ☐ Yes ☐ Unsure Names, including supplements _____

Please include blood-thinning medicines and steroids. You may show us your medicine list.

Do not stop prescribed medicine on your own. Please tell the practitioner what you take.

Allergies / skin reactions ☐ None ☐ Yes ☐ Unsure (metal, tape, antiseptics, smoke, etc.)
Details _____
Pregnancy ☐ Not applicable ☐ Pregnant ☐ Possible ☐ Discuss privately Postpartum ____
Implanted medical device ☐ No ☐ Yes ☐ Unsure Device _____
Reduced sensation, skin wound, infection or swelling ☐ No ☐ Yes ☐ Unsure Area _____

6 Acupuncture and moxibustion preferences

Experience ☐ First time ☐ Previous treatment Concerns ☐ Needles ☐ Heat ☐ Smoke
☐ Clothing / changing ☐ Other _____
Previous strong reaction or feeling faint with acupuncture or injections? ☐ No ☐ Yes ☐ Unsure
Details, things to avoid or adjustments you would like _____

We use this information for your enquiry, safety assessment and treatment records. This form does not include consent for advertising or photo publication. Ask the practitioner about privacy or any concerns.

Practitioner use

Reviewed by _____ Date / time _____ ☐ Clarify history ☐ Medical referral advised
Findings and action _____