

ピラティスラボ代官山 問診票

20 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (歳)

ご職業は何ですか? _____

ご趣味は何ですか? _____ / _____

現在または過去に運動(フィットネスクラブ含む)をしていましたか?

いいえ はい→

種目 _____ いつ頃から? _____ から 年間 _____

種目 _____ いつ頃から? _____ から 年間 _____

たばこを吸いますか? いいえ はい→ 1日 本/銘柄 _____ 過去に吸っていた

お酒を飲みますか? _____ (ビール大瓶=633ml 日本酒一合=180ml ワイングラス1杯=100ml)

ほとんど飲まない たまに飲む 毎日飲む→どれくらい? _____

こころの症状について	1.全くない	2.ほとんどない	3.少しある	4.よくある	5.とてもある	6.わからない		1	2	3	4	5	6
ど忘れをする	1	2	3	4	5	6	容易に判断できない	1	2	3	4	5	6
集中できない	1	2	3	4	5	6	問題を解決できない	1	2	3	4	5	6
寝付きが悪い	1	2	3	4	5	6	生活が楽しくない	1	2	3	4	5	6
眠りが浅い	1	2	3	4	5	6	意欲が湧かない	1	2	3	4	5	6
心配事で眠れない	1	2	3	4	5	6	人と話すのが嫌	1	2	3	4	5	6
緊張感	1	2	3	4	5	6	生き甲斐がない	1	2	3	4	5	6
憂鬱	1	2	3	4	5	6	幸せと感じない	1	2	3	4	5	6
いらいらする	1	2	3	4	5	6	理由なく不安になる	1	2	3	4	5	6
怒りっぽい	1	2	3	4	5	6	何か恐怖心を感じる	1	2	3	4	5	6
くよくよする	1	2	3	4	5	6	役に立つ人間でない	1	2	3	4	5	6
自信がない	1	2	3	4	5	6	その他						

からだの症状について	1.全くない	2.ほとんどない	3.少しある	4.よくある	5.とてもある	6.わからない		1	2	3	4	5	6
目が疲れる	1	2	3	4	5	6	関節痛	1	2	3	4	5	6
目がかすむ	1	2	3	4	5	6	動悸	1	2	3	4	5	6
目が痛い	1	2	3	4	5	6	息切れ	1	2	3	4	5	6
肩が凝る	1	2	3	4	5	6	頻尿	1	2	3	4	5	6
筋肉痛・凝り	1	2	3	4	5	6	のぼせ	1	2	3	4	5	6
腰痛	1	2	3	4	5	6	冷え	1	2	3	4	5	6
頭痛	1	2	3	4	5	6	汗をかきやすい	1	2	3	4	5	6
めまい	1	2	3	4	5	6	太りやすい	1	2	3	4	5	6
耳鳴り	1	2	3	4	5	6	るいそう(やせ過ぎ)	1	2	3	4	5	6
肌のトラブル	1	2	3	4	5	6	風邪を引きやすい	1	2	3	4	5	6
むくみ	1	2	3	4	5	6	咳や痰	1	2	3	4	5	6
食欲不振	1	2	3	4	5	6	口が渇く	1	2	3	4	5	6
胃が張る	1	2	3	4	5	6	だるい	1	2	3	4	5	6
胃痛	1	2	3	4	5	6	健康感がない	1	2	3	4	5	6
下痢	1	2	3	4	5	6	その他						
便秘	1	2	3	4	5	6							

現在治療中の病気や怪我、既往症、指摘されたことのある疾患はありますか？ いいえ はい↓

「はい」と答えた方は下記で現在治療中のものに○、既往疾患などに△をつけて下さい。

() 高血圧	発病	年	月	治療	年	月	() 肝機能障害	発病	年	月	治療	年	月
() 高脂血症	発病	年	月	治療	年	月	() 喘息	発病	年	月	治療	年	月
() 虚血性心疾患	発病	年	月	治療	年	月	() てんかん	発病	年	月	治療	年	月
() 狭心症	発病	年	月	治療	年	月	() 精神病	発病	年	月	治療	年	月
() 心筋梗塞	発病	年	月	治療	年	月	() 気管支炎	発病	年	月	治療	年	月
() 心筋症	発病	年	月	治療	年	月	() ガン	発病	年	月	治療	年	月
() 心臓弁膜症	発病	年	月	治療	年	月	() 貧血	発病	年	月	治療	年	月
() 先天性心疾患	発病	年	月	治療	年	月	() 通風	発病	年	月	治療	年	月
() 心不全	発病	年	月	治療	年	月	() 骨粗鬆症	発病	年	月	治療	年	月
() 不整脈	発病	年	月	治療	年	月	() 腰痛/症状	発病	年	月	治療	年	月
() 脳卒中(脳出血/クモ膜下出血/脳梗塞)	発病	年	月	治療	年	月	() 関節痛/部分	発病	年	月	治療	年	月
() 脳血管障害	発病	年	月	治療	年	月	リウマチ	発病	年	月	治療	年	月
() その他								発病	年	月	治療	年	月

主治医はいますか？ いいえ はい→病院名 医師名

所在地

電話番号

現在治療中の病気及び怪我、服用している薬がありますか？

いいえ はい→病気/怪我名

服用している薬

担当医は運動を許可していますか？

はい いいえ ※許可されていない場合、運動を開始される前に担当医に必ずご相談下さい。

手術経験はありますか？ いいえ はい→いつ頃? 年 月 部位

理由

いつ頃? 年 月 部位

理由

いつ頃? 年 月 部位

理由

運動を実施するにあたって不安があればご記入下さい。
