

おふりがな

お名前 _____ 男 女

ご生年月日： 年 月 日 (年齢 歳)

利き手： 右 左

血液型： O A B AB

ご住所：

電話（携帯）：

緊急時の大切なお知らせの送り先：はがき・メール（ @ ）

ご職業：

当院を知ったのは、紹介（ ） 広告（ ） ホームページ その他（ ）

当院はその場しのぎの対処療法は行いません。患者さん一人一人に一番適した施術を安心して受けて頂くため、相談しながらプランを立て施術に当たっておりますので詳しくお答え下さい。

※患者に専門家としての立場を示す

■今までに	▼その部位	▼後遺症
1. 手術したことは	ある ない ()	ある ない
2. 捻挫したことは	ある ない ()	ある ない
3. 骨折したことは	ある ない ()	ある ない

※ゆがみの原因があることを認識

■今までにレントゲン写真 (MRI) を撮ったことはありますか？

1. 頸椎 (くび)	ある ない	ある場合は？	異常 あり なし ()
2. 腰痛 (こし)	ある ない	ある場合は？	異常 あり なし ()
3. その他	ある ない	ある場合は？	異常 あり なし ()

■この半年間で病院、整体、カイロ、鍼、整骨院、エステなどの施術を受けた事はありますか？

いつ、何を？どんな目的で？：※競合への傾向と対策

■アレルギー体質ですか？ はい いいえ 以前アレルギーあった
花粉 食品 () その他 ()

※食事や生活習慣を確認→患者の生活から改善するポイントを提案

■歯の噛み合わせは、または抜けたままの歯はありますか？ はい いいえ

※ゆがみの原因があることを認識

■一日のパソコンまたはゲーム時間は () 時間

※ゆがみの原因があることを認識

■睡眠時間は？ (平均 時間) 寝る時は？ 上向き (右下・左下) うつ伏せ

※ゆがみの原因があることを認識

■ショルダーバッグやカバンを持つのは？ 右側 左側 交互 使わない

※ゆがみの原因があることを認識

■イスに座った時に、脚を組みますか？ はい (右脚上 左脚上 どちらも) いいえ

※ゆがみの原因があることを認識

裏面のご記入をお願いします

■今回の来院目的は？○を付けて下さい。（複数可）一番の目的は◎を付けて下さい。

1. 症状の改善
2. 美容目的（小顔、プロポーション矯正、ダイエットなど）
3. バランスを見てほしい
4. 健康管理
5. 今はそうでもないが将来が不安

■あなたが求めているのは？○を付けて下さい。（複数可）一番の目的は◎を付けて下さい。

1. 出来るだけ効果の高い施術を希望
2. 出来るだけ早く解消したい
3. 早く治す方法やプランを教えてください。
4. 根本改善したい・再発しないようになりたい
5. 自分の状態や原因を詳しく教えてください。
6. 改善を早くする自己ケアの方法を教えてください
7. プロの目から見て一番良いと思う施術プランを提案してほしい
8. できるなら長い期間は通いたくない

■現在の悩み、改善したいところは？また、いつから気になっていませんか？

症状：

いつから：

■その悩みでどんなことが困っていますか？具体的に教えてください。

（例 腰痛のため仕事が行けずに、これからの生活が不安… など）

（ ）

■次の症状はありますか？

1. 激痛
2. 鈍痛
3. シビレ
4. マヒ
5. 慢性
6. 急性

■いつ症状が出ますか？

1. 常に症状がある
2. ある姿勢を取ると症状が出る
3. 時間帯により症状が出る
4. 運動すると症状が出る
5. 曲げたり伸ばしたりなど体を動かすと症状が出る
6. 同じ姿勢でいると症状が出る
7. 疲れがたまると症状が出る

■椎間板ヘルニア、脊椎分離症、滑り症、圧迫骨折と診断された事がありますか？ ある ない

■側湾症または背骨が曲がっていると言われた事がありますか？ ある ない

■高血圧、糖尿病などがありますか？また現在何かの病気がありますか？ ある ない

■神経系、精神系に作用する薬を飲んでいますか？または飲んでいた事は？ ある ない

■入院をしたことはありますか？ ない ある（ ）

■交通事故、ムチウチなどになったことはありますか？ ある（いつ頃： ） ない

■ほかに何かの病気やケガなどがありますか？

（ ）

■自分でも直したい、生活習慣や姿勢のクセはありますか？

（ ）

ご記入ありがとうございました