

# けんゆうカイロプラクティック

初診 年 月 日

(ふりがな).....

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日：西暦 年 月 日 (才)

自宅住所：〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

携帯メールアドレス \_\_\_\_\_ 携帯(自宅)電話 \_\_\_\_\_

## 【 基本情報 】

Q1 ご職業は： 座り仕事・立ち仕事・力仕事・営業・主婦・学生・その他

(会社名： \_\_\_\_\_ )

Q2. 出身地はどちらですか？ \_\_\_\_\_

Q3. ご結婚されていますか？ 既婚・未婚・その他

Q4. 家族構成：夫・妻・息子・娘・祖父・祖母・父・母・兄・姉・弟・妹・その他 計 \_\_\_\_\_ 名

Q5. 血液型は何ですか？ A・B・O・AB 型 Q6. 利腕は？ 右・左

Q7. 平均睡眠時間は？ 平均( \_\_\_\_\_ )時間

Q8. 今やっている運動は？・ジョギング・筋トレ・ヨガ・その他( \_\_\_\_\_ )

運動の頻度( 週 回 ) 強度( 強・中・弱 ) 学生時のスポーツ( \_\_\_\_\_ )

Q9. 趣味・特技はなんですか？ ( \_\_\_\_\_ )

Q10. 休日に何をしているのか教えてください。( \_\_\_\_\_ )

## 【 来院に当たって 】

Q1. 当院に来院するきっかけを教えてください。(複数回答可)

- ・紹介( \_\_\_\_\_ )様 ・ホームページ(検索キーワード： \_\_\_\_\_ )・チラシ
- ・エキテン ・チラシ ・自宅が近所 ・職場が近所 ・Facebook ・その他( \_\_\_\_\_ )

Q2. 当院に来院された理由を教えてください。(複数回答可)

- ・症状の改善 ・予防ケア ・健康チェック ・姿勢の改善 ・ヒップアップ
- ・スポーツのパフォーマンス向上 ・安産対策(女性)・産後のケア(女性)・その他

Q3. 今後の希望について、思い当たるものを教えてください。(複数回答可)

- ・原因を知りたい ・痛みや不快感をとりたい ・姿勢を改善したい
- ・自分の状態にあったケアをお願いしたい ・体が軽く動くようになる運動を覚えたい
- ・その他( \_\_\_\_\_ )

Q4. 何が決め手となって当院を選ばれましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

Q5.当院での希望ケアを教えてください。(複数回答可)

- ・カイロプラクティック施術
- ・鍼灸
- ・姿勢ケア
- ・エクササイズ
- ・ウォーキング指導
- ・頭デトックス
- ・電気療法
- ・睡眠ケア
- ・お任せ

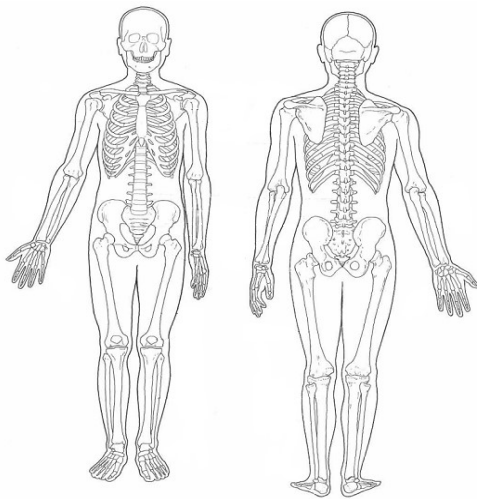
【 症状について 】

Q1.本日はどうされましたか？症状をお書きください。

( 症状、いつからか、思い当る原因があればお書きください )

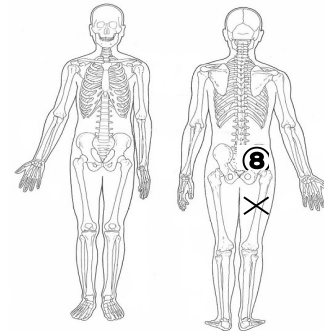
[ ]

痛み・違和感のある部位、痛みの程度(1~10最大痛)の数字をご記入してください。



- ・ 痛い ○
- ・ 重い・だるい △
- ・ しびれ ×

例) 右腰に痛みがあり(8の痛み)  
右太ももの裏がしびれ



Q2.現在の症状を医療機関で診てもらいましたか？

はい 診断名 ( ) ・ いいえ

Q3.以前に同じような症状がありましたか？

はい ( 年 月頃 ) ・ いいえ

Q4.これまでに以下の治療、施術を受けたことがありますか？

- ・ 病院
- ・ カイロプラクティック
- ・ 整体
- ・ 接骨院
- ・ 鍼灸
- ・ マッサージ
- ・ その他

Q5.受けてみてよかったこと、悪かったことなどありましたか？

( )

Q6.どのぐらいの期間で治れば良いと思いますか？

1日・1週間・1か月・半年・その他 ( )

Q7.必要であるとすればどのぐらいの頻度で通えますか

必要ならば毎日でも・2回/週・1回/週・1回/2週・1回/月・その他 ( )

Q8.最近健康診断を受けられましたか？

はい ( 結果 : ) ・ いいえ

## 【 過去の健康状態について 】

下記の質問にお答えください

1. 現在ある症状には○印、過去の症状には△印を付けてください。

- |                 |           |               |           |
|-----------------|-----------|---------------|-----------|
| ( ) 腰痛・下肢痛・足の障害 | ( ) 肝臓の病気 | ( ) 神経痛、しびれ   | ( ) 痙攣    |
| ( ) 首、背中の痛み、肩こり | ( ) 胃腸の病気 | ( ) 高血圧・低血圧   | ( ) 心臓病   |
| ( ) 腕の障害        | ( ) 腎臓の病気 | ( ) 尿の回数低下    | ( ) 頻尿    |
| ( ) 関節の痛み、腫れ    | ( ) 肺の病気  | ( ) 排尿時の痛み    | ( ) 痛風    |
| ( ) 関節のこわばり     | ( ) 静脈瘤   | ( ) 貧血        | ( ) 歯の問題  |
| ( ) 筋肉の痛み       | ( ) めまい   | ( ) 顎の問題      | ( ) 腸の問題  |
| ( ) 鼻の痛み        | ( ) 蓄膿    | ( ) 胸の痛み      | ( ) 更年期障害 |
| ( ) 食欲不振        | ( ) 頭痛    | ( ) 気持ちが落ち込む  | ( ) 精神不安定 |
| ( ) 歩行障害        | ( ) リウマチ  | ( ) アレルギー     | ( ) 不眠    |
| ( ) 忘れやすい       | ( ) 糖尿病   | ( ) 目の疲れ、視力障害 | ( ) 冷え性   |
| ( ) 耳の痛み、耳鳴り、難聴 | ( ) 呼吸困難  | ( ) 腫瘍        | ( ) 長期の咳  |
| ( ) 呼吸困難        | ( ) 麻痺    | ( ) 動悸、息切れ    | ( ) 食欲不振  |
| ( ) 婦人科の病気      | ( ) 骨折    | ( ) 脱臼        | ( ) 捻挫    |

## 【 ご家族とあなたの健康目標について 】

Q1.あなたのご家族はカイロプラクティックケアを受けられることをどのようにお考えですか？

- ・積極的に賛成
- ・まあまあ賛成
- ・無関心
- ・来院することは知らない

Q2.現在、あなたが出来なくなっていること、支障が出ていることはなんですか？

- ・普通の生活
- ・仕事
- ・学業(勉強)
- ・家事
- ・趣味
- ・睡眠
- ・運動
- ・子育て
- ・その他：( )

Q3.現在の症状がなくなったらどんな生活を送っていますか？

- ・例) 楽しく料理が出来る
- ・仕事に集中できる

( )

Q4.あなたがより良い人生を送るために必要な「健康」とはどんな状態ですか？

- ・例) 身体の心配をせずやりたいことにチャレンジできる状態。

( )

Q5 あなたの「健康」を維持するために、どのようにしていきたいですか？

- ・今ある症状が取ればよい【構造改善期】(ステージ1)
- ・症状を取るだけでなく、根本的に治したい【機能改善期】(ステージ2)
- ・再発しないように定期的メンテナンスを行い、人生を楽しみたい【自己実現期】(ステージ3)

○当オフィスからのご挨拶はがきなど

送らせていただいてよろしいですか？ はい ・ いいえ 以上お答え有難うございました。

\* ここでご記入していただいた個人情報は、当院にて厳重に管理し、第三者に提示は致しません。

けんゆうカイロプラクティック

## = けんゆうカイロプラクティックの考え =

当院では、

「あなたが自分の能力を引き出し  
伸び伸びした生活を送り  
あなたの望むことが実現できること」

に対して全力でサポートしていきます。

### ○当院の治療方針

- ・ 当院とかかわるすべての人の QOL の向上。
- ・ あなたにとって最善の施術を提供いたします。
- ・ 内術内容についての質問などには誠心誠意お答えします。
- ・ 当院はリラクゼーション目的や、一時的な痛みの軽減は致しません。
- ・ 痛みを取り除くのが目的でなく、  
あなたの体を良い状態にしていくことを目的としています。
- ・ あなたにあったプログラムを組んでしっかり施術を行っていきます。
- ・ 症状や状態が施術範囲でない場合は、適切どころへご紹介致します。

上記の内容を十分理解した上で問診、検査、施術を受けることを同意します。

ご署名日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様 署名 \_\_\_\_\_