

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. 趣味・特技はなんですか？ (_____)

Q8. 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 あなたの希望について、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 (_____)

Q3. 何が決め手となって当院を選ばれましたか？

(_____)

【 食事について 】

回数	3回 ~ 2回 ・ 1回 ・ その他 () /日		
朝	主食	米飯 ・ パン ・ 麺類	その他
	主菜	肉 ・ 魚 ・ 納豆 ・ 豆腐	
時頃	副菜	野菜・海藻・芋類・豆類・きのこ類・漬物・みそ汁	
昼	主食	米飯 ・ パン ・ 麺類	その他
	主菜	肉 ・ 魚 ・ 納豆 ・ 豆腐	
時頃	副菜	野菜・海藻・芋類・豆類・きのこ類・漬物・みそ汁	
夜	主食	米飯 ・ パン ・ 麺類	その他
	主菜	肉 ・ 魚 ・ 納豆 ・ 豆腐	
時頃	副菜	野菜・海藻・芋類・豆類・きのこ類・漬物・みそ汁	
サプリメント			

【 嗜好品について 】

- アルコールについて： 飲まない・毎日・週に () 回・月に () 回・年に () 回
- タバコ： 吸わない・1日に () 本・止めた
- 飲み物： お茶 (茶) ・ コーヒー ・ 炭酸飲料 ・ 清涼飲料水 ・ その他 ()
- お菓子類： 摂取習慣ない ・ ある (内容：)

【 睡眠について 】 熟睡感：ある ・ ない (理由：)

〈 就寝 〉 _____ 時頃 ~ 〈 起床 〉 _____ 時頃

【 運動について 】

種類： ウォーキング・ジョギング・体操・その他 ()
 1回の量： 10~20分 ・ 30分以上 ・ 1時間以上 ・ 2時間以上
 頻度： 毎日・週に () 回・月に () 回・ () ヶ月に1回

【 排泄について 】

〈 尿 〉 おおむね1日に () 回
 〈 便 〉 () 日に () 回 軟らかめ・硬い・下痢・その他 ()

【 アレルギーについて 】 (食物や薬でのアレルギーも含みます)

ある ・ ない
 (あるとお答えの方：)

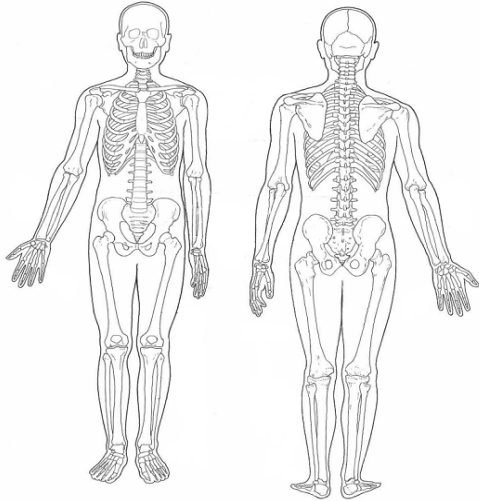
【 症状について 】

Q1.本日の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)

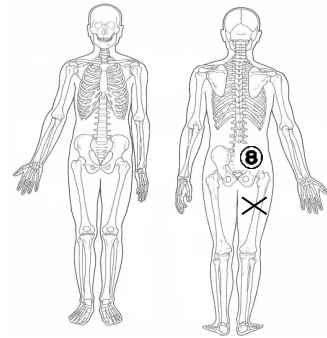
[]

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.「はい」とお答えの方、その時はどうされましたか？

・ 病院 ・ カイロプラクティック ・ 整体 ・ 接骨院 ・ 鍼灸 ・ セルフケア ・ その他

Q5. 現在、症状があることでお困りのことは？

()

Q6. 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

Q7. 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？

()

Q8.最近健康診断を受けられましたか？ はい (結果 :) ・ いいえ

Q9.いままで盲腸などの手術を受けられたことはありますか？

ある () ・ ない

【 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。

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 腰痛・下肢痛・足の障害 | <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 | <input type="checkbox"/> 神経痛、しびれ | <input type="checkbox"/> 痙攣 |
| <input type="checkbox"/> 首、背中痛み、肩こり | <input type="checkbox"/> 胃腸の病気 | <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧 | <input type="checkbox"/> 心臓病 |
| <input type="checkbox"/> 腕の障害 | <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 | <input type="checkbox"/> 尿の回数低下 | <input type="checkbox"/> 頻尿 |
| <input type="checkbox"/> 関節の痛み、腫れ | <input type="checkbox"/> 肺の病気 | <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み | <input type="checkbox"/> 痛風 |
| <input type="checkbox"/> 関節のこわばり | <input type="checkbox"/> 静脈瘤 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 歯の問題 |
| <input type="checkbox"/> 筋肉の痛み | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 顎の問題 | <input type="checkbox"/> 腸の問題 |
| <input type="checkbox"/> 鼻の痛み | <input type="checkbox"/> 蓄膿 | <input type="checkbox"/> 胸の痛み | <input type="checkbox"/> 更年期障害 |
| <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 気持ちが落ち込む | <input type="checkbox"/> 精神不安定 |
| <input type="checkbox"/> 歩行障害 | <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> アレルギー | <input type="checkbox"/> 不眠 |
| <input type="checkbox"/> 忘れやすい | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 目の疲れ、視力障害 | <input type="checkbox"/> 冷え性 |
| <input type="checkbox"/> 耳の痛み、耳鳴り、難聴 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 腫瘍 | <input type="checkbox"/> 長期の咳 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 麻痺 | <input type="checkbox"/> 動悸、息切れ | <input type="checkbox"/> 食欲不振 |
| <input type="checkbox"/> 婦人科の病気 | <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> 脱臼 | <input type="checkbox"/> 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.現在の症状によって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.あなたの「健康目標」をお聞かせ下さい。健康目標⇒健康な毎日を手に入れ過ごしたい未来の姿

- ・例) 足の痛みを気にせず旅行に行きたい。子供といっしょにキャッチボールしたい。いつまでも自分の足で歩きたい。()

Q5.その「健康目標」に向かって、現在の症状をどのようにしていきたいですか？

- | | | |
|---|---|---------|
| <input type="checkbox"/> 今ある症状が取ればよい | ⇒ | 【リセット期】 |
| <input type="checkbox"/> 症状を取るだけでなく、根本的に治し安定した身体を手に入れたい | ⇒ | 【安定期】 |
| <input type="checkbox"/> 自分の能力を最大限に引き出し、人生を楽しみたい | ⇒ | 【自己超越期】 |

○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おりますか？ 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。
- ・ 施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、適切なと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 _____