

健康調査票

No. _____

フリガナ お名前	生年月日(西暦) 年 月 日	年齢 歳	性別：男 / 女
-------------	-------------------	------	----------

〒□□□-□□□□	既婚 / 離婚 / 未婚 / 死別 子供：無 / 有 (人) その他同居家族 ()
-----------	--

<input type="checkbox"/> 緊急時連絡先希望 ☎ (自宅)	<input type="checkbox"/> 緊急時連絡先希望 ☎ (携帯)
---	---

E-mail	ご職業(職種等具体的にご記入ください)： <input type="checkbox"/> 立ち <input type="checkbox"/> デスク(1日PC 時間) <input type="checkbox"/> 歩き <input type="checkbox"/> 肉体労働 <input type="checkbox"/> 頭脳疲労 <input type="checkbox"/> 学生(高校生/大学/専門)：卒業予定年月日 _____ 年 _____ 月 予定
--------	--

【重要事項】 当院はその場しのぎの対処療法(リラクゼーション)は行いません。患者様一人ひとりに最適な施術を安心して受けていただくため、相談しながらプランを立て施術にあたっておりますので、可能な限り詳しくお答えください。

▶ 当院に期待(目的)するものは何ですか？
 症状の改善・緩和 運動能力の向上 健康管理
 仕事の集中力向上 リラクゼーション/癒し
 美容目的 その他 ()

▶ 今お困りの主な症状/問題はなんですか？
 来院動機(きっかけ)は何ですか？

▶ 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：腰痛のために仕事に行けず、これからの生活が不安…など)

▶ それらはいつから始まりましたか？
 _____ 日・週・ヵ月・年 前から

▶ 思い当たるきっかけはありますか？ いいえ/はい
 (怪我・事故・その他)

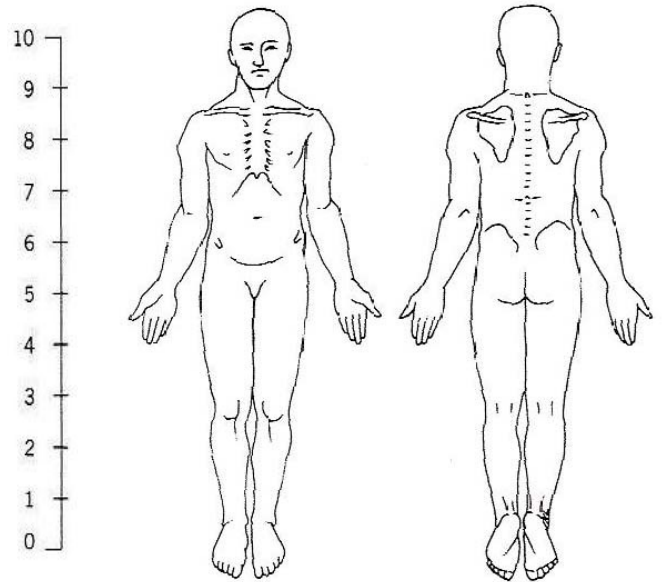
▶ その症状を病院で診て(診断)もらったことはありますか？
 いいえ/はい _____ 科 診断名 _____

▶ 今までに X線・CT・MRI を撮った事はありますか？
 いいえ/はい (データの有/無)

▶ 病院以外で診てもらった経験はありますか？
 いいえ/はい カイロ・整体・整骨・鍼灸・エステ・etc

▶ 現在継続中の治療またはお薬はありますか？
 いいえ/はい _____

問題のある部位 (今お困りの問題を下の図に自由にご記入ください)
 下記の数字は現在ある痛みのレベルを0してください
 (10強 → 0痛みなし)



▶ 次の症状はありますか？
 激痛 鈍痛 しびれ まひ 慢性 急性

▶ いつ症状がでますか？
 常に ある姿勢を取ると 時間帯により 運動すると
 曲げ伸ばしなどの動作 同じ姿勢でいると 疲労

▶ 現在自覚しているストレスはありますか？ いいえ/はい (継続的・一時的)
 仕事・対人・家族・病気・経済・介護・その他 () **※裏面に続く**

施術者記入欄

signature

・身長 _____ cm ・体重 _____ kg (5年以内の体重の増減：有 / 無) ・血圧 _____ ~ _____ mm/Hg ・利き手 (右・左)
 ・事故や怪我にあったことはありますか？ いいえ / はい 交通事故・転倒怪我 _____ カ月前 / _____ 年前
 ↳ なにか後遺症はありますか？ (むち打ち・骨折・靭帯損傷・筋断裂・内臓損傷)
 ・入院、手術歴がありますか？ いいえ / はい _____ カ月前 / _____ 年前 診断名 _____
 ・現在の健康状態をご自分で評価するとどうですか？ (とても良い・良い・まあまあ・あまり良くない・よくない)
 ・最近、健康診断(人間ドック)を受けましたか？ いいえ / はい 最終受診日 _____ 年 _____ 月頃
 ↳ 問題指摘事項はありましたか？ 高血圧・糖尿病・肥満・コレステロール・その他 ()

現在ある症状には○印、過去あった症状には△印をつけてください。該当項目以外はその他に○印をつけてください。

・高血圧() ・糖尿病() ・脳血管障害() ・循環器系疾患() ・呼吸器系疾患() ・肝疾患()
 ・腎疾患() ・消化器系疾患() ・遺伝性疾患() ・奇形/先天異常() ・内分泌障害() ・血液疾患/白血病()
 ・腫瘍(_____ 良性 / 悪性) ・悪性腫瘍(がん)() 診断名 _____ / _____ 年 _____ 月頃
 ・耳鼻咽喉科系疾患() ・痛風() ・リウマチ() ・前立腺疾患()
 ・精神疾患() 診断名 _____ / _____ 年 _____ 月頃
 ・食欲の変化(増加 _____ / 減退 _____) ・便秘() ・下痢() ・貧血() ・冷え性() ・めまい()
 ・平均睡眠時間 _____ 時間位 (熟睡度:高 5・4・3・2・1 低) ・睡眠障害《入眠困難() / 中途覚醒() / 早朝覚醒()》
 ・アレルギー体質 (アナフィラキシー・アトピー・喘息・花粉症(春・夏・秋・冬)・食物・金属・その他 _____)
 ↳ 分かっているアレルゲン品目(スギ・ヒノキ・ブタクサ・カモガヤ・ハウスダスト・その他 _____)

【女性の方のみご記入ください】

・生理関連の問題() _____ 歳頃～ (腹痛・頭痛・量が多い・周期不安定・月経前症状) ・ピルの使用()
 ・妊娠の可能性 (無 / 有 _____ 週目・予定日 _____ 年 _____ 月頃) ・更年期障害() ・むくみ() ・ほてり()
 ・婦人科系疾患 [子宮筋腫() / 子宮内膜症() / 卵巣嚢腫() / 子宮がん() / 乳がん()]
 ・その他()

ご家族で大きな病気(特に遺伝性要因)をされた方はいらっしゃいますか？

【父方】 祖父 _____ 祖母 _____ 【母方】 祖父 _____ 祖母 _____
 父 _____ 母 _____ 兄弟姉妹 _____ 子供 _____

・趣味&興味(_____)
 ・運動習慣(無 / 有) ・ジム週 _____ 回 / 月 _____ 回 ・その他スポーツ(ゴルフ/ヨガ/体操 _____)
 ・生活習慣の癖 (足組・不良姿勢・片側バッグ・咀嚼)
 ・嗜好品の習慣 たばこ：吸わない / 止めた(_____ 前) / 時々吸う / 吸う (1日 _____ 本) × 継続 _____ 年
 お酒：飲まない / 飲む (ビール・日本酒・焼酎・ワイン) 飲酒量 (_____ 回 / 週 or 月)
 ・間食の習慣(無 / 有) よく食べる物(_____) ・その他嗜好品 (_____)

当院をお知りになったきっかけ	HP(どこの _____) SNS/チラシ/看板/その他 (_____)	ご紹介者様(家族・友人・仕事関係・その他) _____ 様より
----------------	--	------------------------------------

※その他に何かご相談、ご希望、ご不明点がございましたら、ご自由にお書きください。(例：費用、通院回数、施術内容など)

・お着替えの準備 (Tシャツ&ハーフパンツ) 不要 / 持参する / 必要 (サイズ M ・ L ・ 2L ・ 3L ・ 4L)
 ・ご希望の該当するものにチェックを入れてください(複数選択可能)
出来るだけ早く改善したい ゆっくり改善したい 根本改善したい(再発予防) 状態や原因を詳しく教えてほしい
セルフケアを教えてください 改善がみられれば施術内容は問わない 施術はできれば痛くないほうがいい
改善のためなら痛みを伴う施術でも我慢できる(確認しますのでご安心下さい) 施術者の考えや意図に納得できれば基本的にはお任せでよい
 ・自由記入欄

施術者記入欄