

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)

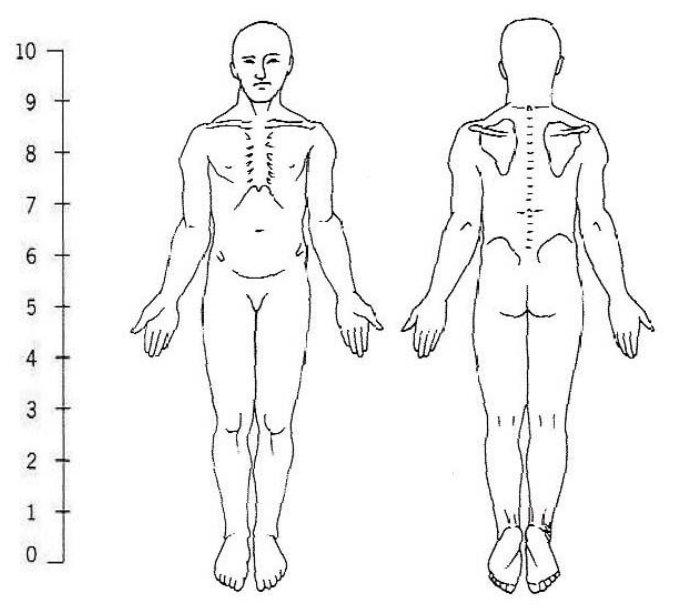
▶ その症状を病院で診て(診断)もらったことはありますか？
 いいえ/はい _____ 科 診断名 _____

▶ 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

カイロプラクティック施術に関する承諾書兼同意書

【施術承諾書】

施術を受けるにあたり、以下の事項を必ずご確認ください。

1. カルテ記入時、もしくは問診時に普段気になっていること・過去の重篤な病気・障害、ボトックス・ピーリングを含む美容整形の経験の有無など、ご自身の症状や状態について詳細にお伝えください。

申告漏れによる事故などの場合、一切の責任を負いかねますので、ご了承ください。

2. 適切な施術を行うため、過去の病歴や家族構成、職業などの個人情報を詳しく伺う場合がございます。

公開したくない場合は、その旨をお伝えください。

それにより施術の効果や期間が変化する場合がございますが、ご了承ください。

また、お聞きした内容は個人情報保護のため、他に転用することは一切ございませんのでご安心ください。

ただし研究論文、症例報告、またはブログ等で個人情報が特定されない範囲で使用する場合がございます。

不都合がある場合は、直ちに削除・修正しますので申し出ください。

3. 手技による施術では、施術効果のために痛みを伴う場合がございます。

痛みや刺激が強い場合には、その旨をお申し出ください。

4. 施術後、一時的に熱や痛み、しびれ、だるさなどの好転反応が出る場合がございます。

強すぎる反応が出ないよう努めますが、万が一そのような症状が出た際にはご連絡ください。

また、投薬・当院以外での施術によりさらに症状が悪化する場合がございます。

複合した施術による症状の悪化については、一切の責任を負いかねますのでご了承ください。

上記の各項目にご承諾いただけない場合は、施術を行えませんので予めご確認ください。

各項目についてご質問等ございましたら、事前にお申し出ください。

【署名欄】 日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名： (_____)

