

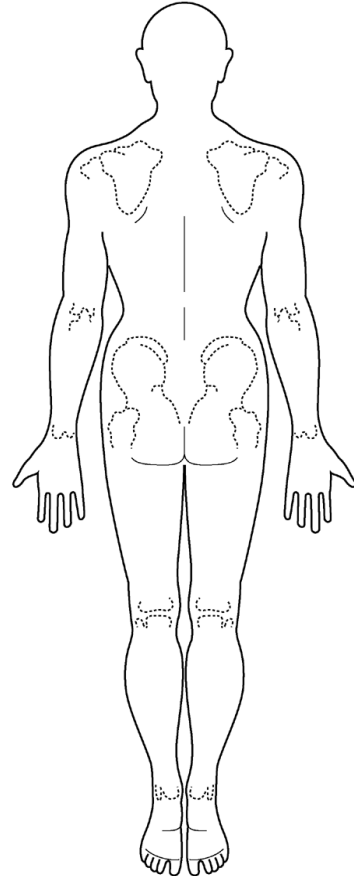
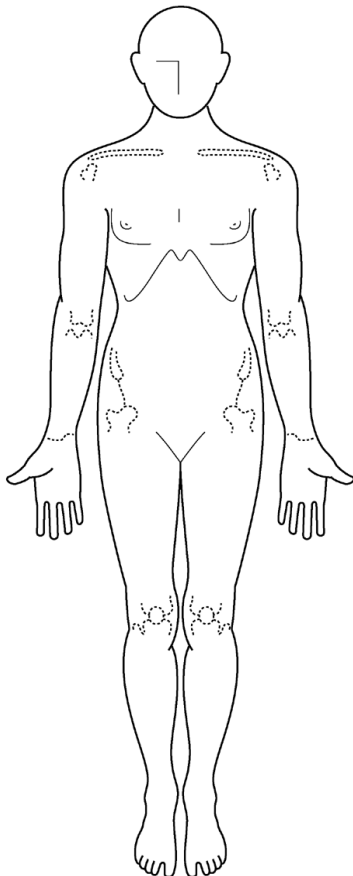
フリガナ		身長	cm
お名前	生年月日 年 月 日 (歳)	男	体重 kg
		女	視力 左 右
ご住所	〒 — —		
電話番号	※ご予約の件でご連絡する場合があります — —	ご職業	(主婦、営業、事務、接客など)
メールアドレス			
お仕事内容 複数チェック可	<input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 事務・パソコン(1日 時間) <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 座り仕事 <input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 軽作業 <input type="checkbox"/> その他()		
血圧	<input type="checkbox"/> 高め <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低め	睡眠時間	平均 時間

◆ いつからどのような状態ですか？ また、思い当たる原因はありますか？
(例：2週間前にイスから立ち上がろうとした時から腰がズキズキ痛む)

痛みや違和感を感じる部位に、下のマークを書き込んで下さい。

こり ○ にぶい痛み △ するどい痛み × しびれ ●

マークごとに症状の強さを1～10の数値で書き添えて下さい(10が最高)



◆以下に当てはまるものがあればチェックしてください。複数チェック可

- | | | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛、頭が重い | <input type="checkbox"/> 首の痛み | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 疲労感 | <input type="checkbox"/> 骨盤矯正 |
| <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> ぎっくり腰 | <input type="checkbox"/> 自律神経の不調 | <input type="checkbox"/> 姿勢改善 |
| <input type="checkbox"/> 目の奥の痛み | <input type="checkbox"/> 肩の痛み | <input type="checkbox"/> 背中への痛み | <input type="checkbox"/> 不眠 | |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 40・50肩 | <input type="checkbox"/> 猫背 | <input type="checkbox"/> 冷え性 | |
| <input type="checkbox"/> 顔面の痛み・マヒ | <input type="checkbox"/> 腕の痛み・しびれ | <input type="checkbox"/> 側弯症 | <input type="checkbox"/> 生理痛 | |
| <input type="checkbox"/> アゴの痛み | <input type="checkbox"/> 手首、肘の痛み | <input type="checkbox"/> お尻・尾骨の痛み | <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい | |
| | <input type="checkbox"/> 手指の痛み・しびれ | <input type="checkbox"/> 股関節の痛み | <input type="checkbox"/> 便秘 | |
| <input type="checkbox"/> 健康維持（予防ケア） | | <input type="checkbox"/> 坐骨神経痛 | | |
| <input type="checkbox"/> 運動のパフォーマンスを上げたい | | <input type="checkbox"/> 膝の痛み | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | <input type="checkbox"/> 足首の痛み | | ） |

治療経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> カイロプラクティック <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> 病院（整形外科など） <input type="checkbox"/> 指圧・マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> 整骨院・接骨院 <input type="checkbox"/> その他（ ）
・大きなケガ、病気、事故のご経験はありますか？ <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし ・現在服用中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> なし	
運動習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（種目）（ ）を 週・月 に（ ）回 1回につき（ ）分くらい 過去の運動歴（種目）（ ）
ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> ご紹介（ ）様 <input type="checkbox"/> ホームページ（ <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマホ） <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> エキテン <input type="checkbox"/> その他（ ）
・ご紹介でいらした方は、ホームページをご覧になりましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・ホームページとお答えいただいた方は、どんな語句でお調べになりましたか？ （ ）	

◆カラダに良くないだろうと思っている癖はありますか？（例：脚をよく組む、運動不足 など）
ある _____ ない わからない

◆カラダとメンタルは互いに影響し合っていて、ストレスも不調の悪化要因になります。
 日々の生活で、ストレスはどれくらい感じていますか？
全く感じない あまり感じない 多少感じる 強く感じる 耐え難い

◆当院での目標は？（複数チェック可）
出来るだけ早く今の症状を改善したい 症状改善に加えて健康な身体になりたい
生活リズムに合わせてケアをしたい 1回1回単発のケアで満足したい

◆今の症状の影響で支障が出ていることはありますか？（複数チェック可）
普通の生活 家事 育児 仕事 介護 運動 趣味 勉強
その他（ ）