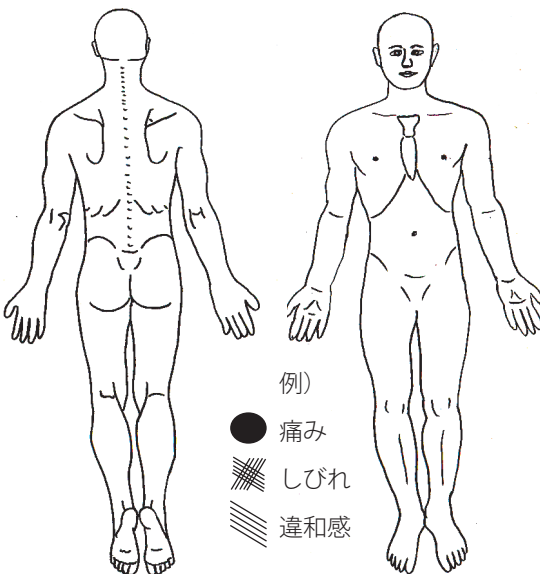


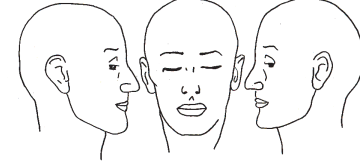


問診表①		分かる範囲内でご記入ください		初診年月日	令和	年	月	日
フリガナ				同居状況		婚姻状況		
氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 一人		<input type="checkbox"/> 独身		
生年月日	昭平令	年	月	日	才	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 既婚
自宅住所	〒	—				<input type="checkbox"/> 両親		<input type="checkbox"/> 死別
TEL (自宅) ()						<input type="checkbox"/> 子供		<input type="checkbox"/> 離婚
TEL (携帯) ()						<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他
どのようにして当施術院を知りましたか。				メール <input type="checkbox"/> PC		お子様		
<input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 広告 (広告名)				アドレス <input type="checkbox"/> 携帯		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 1人		
<input type="checkbox"/> ご紹介 (様) <input type="checkbox"/> その他 ()						<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 2人		
						ペット <input type="checkbox"/> 3人		
						<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 4人以上		
						職業・学校・スポーツ		
① どのような症状でお困りですか？ (くわしく書ける方は書いてください)				症状のある部位に印をつけてください				
例) 腰痛 (夜間痛、痩せてきた、しびれ)、アレルギー (湿疹、喘息、その他) 胃腸障害、ジストニア (楽器、発声障害、その他)				 <p>例) ● 痛み  しびれ  違和感</p>				
② その症状はいつ頃からですか？				 <p>問題ない 0 5 10 最も悪い</p> <p>今の症状程度をスケールに印をつけてください</p>				
③ どれくらいの頻度ですか？								
例) とときどき、頻繁に、常に… (ジストニア: <input type="checkbox"/> 人に見られて <input type="checkbox"/> 個人での練習でも)								
④ その症状のために日常生活で困ることは何ですか？								
例) 仕事で〇〇ができない、家事で〇〇ができない								
⑤ その症状が「最も強く」なるのは？								
⑥ その症状が「最も軽減」するのは？								
⑦ 当院で治療を受けるまでの症状の経過はどうでしたか？								
<input type="checkbox"/> 悪くなっている <input type="checkbox"/> 良くなってる <input type="checkbox"/> 変化がない								
<input type="checkbox"/> その他 ()								
⑧ 当院で治療を受ける前に受けた医療機関はどこでしたか？								
<input type="checkbox"/> 病院 (科名) <input type="checkbox"/> 整体・整骨院 <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> カイロプラクティック								
<input type="checkbox"/> その他 ()								
⑨ その医療機関ではどのような検査、診断、治療を受けましたか？								
<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT								
<input type="checkbox"/> その他 ()								

問診表②（心身相関関連症状について）該当する症状（過去6ヶ月以内）に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/>	筋肉・関節の症状	<input type="checkbox"/>	物忘れ	<input type="checkbox"/>	残尿感
<input type="checkbox"/>	慢性腰痛	<input type="checkbox"/>	職場、学校、家庭の悩み	<input type="checkbox"/>	膀胱炎
<input type="checkbox"/>	ぎっくり腰（急性腰痛）	<input type="checkbox"/>	恐怖症	<input type="checkbox"/>	内分泌・代謝系症状
<input type="checkbox"/>	椎間板ヘルニア関連症状	<input type="checkbox"/>	パニック症状	<input type="checkbox"/>	糖尿病
<input type="checkbox"/>	坐骨神経痛	<input type="checkbox"/>	眠気	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能低下症
<input type="checkbox"/>	脊柱管狭窄症関連症状	<input type="checkbox"/>	イップス	<input type="checkbox"/>	甲状腺機能亢進症
<input type="checkbox"/>	脇腹の痛み	<input type="checkbox"/>	スポーツのスランプ	<input type="checkbox"/>	疲労感
<input type="checkbox"/>	首の痛み	<input type="checkbox"/>	ジストニア・痙性斜頸	<input type="checkbox"/>	むくみ
<input type="checkbox"/>	首の凝り	<input type="checkbox"/>	ジストニア・書痙	<input type="checkbox"/>	冷え性
<input type="checkbox"/>	寝違い	<input type="checkbox"/>	ジストニア・発声障害		循環器の症状
<input type="checkbox"/>	むち打ち症	<input type="checkbox"/>	チック症	<input type="checkbox"/>	貧血
<input type="checkbox"/>	頸部捻挫	<input type="checkbox"/>	人前で緊張	<input type="checkbox"/>	高血圧症、低血圧症
<input type="checkbox"/>	胸郭出口症候群	<input type="checkbox"/>	自律神経失調症	<input type="checkbox"/>	立ちくらみ
<input type="checkbox"/>	筋肉のけいれん、痛み	<input type="checkbox"/>	過食症（神経性）	<input type="checkbox"/>	胸がドキドキ
<input type="checkbox"/>	筋緊張性頭痛	<input type="checkbox"/>	仕事・家事・学業ができない		生殖器・泌尿器の症状
<input type="checkbox"/>	片頭痛		耳鼻咽喉・肺の症状	<input type="checkbox"/>	初期の糖尿病
<input type="checkbox"/>	肩関節痛	<input type="checkbox"/>	花粉症	<input type="checkbox"/>	生理不順
<input type="checkbox"/>	五十肩	<input type="checkbox"/>	慢性鼻炎	<input type="checkbox"/>	生理痛
<input type="checkbox"/>	肩甲骨間の痛み	<input type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	下腹部の痛み
<input type="checkbox"/>	手・指の痛み・しびれ	<input type="checkbox"/>	咳	<input type="checkbox"/>	妊娠中の腰痛
<input type="checkbox"/>	手根管症候群	<input type="checkbox"/>	中耳炎	<input type="checkbox"/>	乳房の痛み
<input type="checkbox"/>	肩のスポーツ障害	<input type="checkbox"/>	耳づまり	<input type="checkbox"/>	子宮筋腫関連症状
<input type="checkbox"/>	肘のスポーツ障害	<input type="checkbox"/>	耳鳴り	<input type="checkbox"/>	子宮内膜症関連症状
<input type="checkbox"/>	野球肩	<input type="checkbox"/>	めまい（自分が回る）	<input type="checkbox"/>	卵巣のう腫関連症状
<input type="checkbox"/>	野球肘	<input type="checkbox"/>	めまい（周りが回る）	<input type="checkbox"/>	不妊症 女性・男性
<input type="checkbox"/>	テニス肘	<input type="checkbox"/>	メニエール病	<input type="checkbox"/>	更年期障害
<input type="checkbox"/>	股関節の痛み	<input type="checkbox"/>	乗り物酔い	<input type="checkbox"/>	性欲の問題 女性・男性
<input type="checkbox"/>	恥骨部の痛み	<input type="checkbox"/>	味覚症状		乳幼児～小児の症状
<input type="checkbox"/>	膝関節の痛み	<input type="checkbox"/>	唾液がでない・口が乾く	<input type="checkbox"/>	湿疹
<input type="checkbox"/>	足関節の痛み	<input type="checkbox"/>	視力の問題	<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/>	足・指の痛み・痺れ	<input type="checkbox"/>	ドライアイ	<input type="checkbox"/>	夜泣き
<input type="checkbox"/>	歩行困難	<input type="checkbox"/>	疲れ目	<input type="checkbox"/>	便秘、下痢、嘔吐
<input type="checkbox"/>	線維性筋痛症	<input type="checkbox"/>	なみだ目	<input type="checkbox"/>	おねしょ
<input type="checkbox"/>	ムズムズ脚症候群	<input type="checkbox"/>	喉がつかえる		歯科・口腔科的症状
	アレルギーの症状	<input type="checkbox"/>	風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/>	顎関節症
<input type="checkbox"/>	飲食物アレルギー	<input type="checkbox"/>	気管支喘息	<input type="checkbox"/>	歯の知覚過敏
<input type="checkbox"/>	接触アレルギー	<input type="checkbox"/>	神経性の咳	<input type="checkbox"/>	歯周病
<input type="checkbox"/>	金属アレルギー	<input type="checkbox"/>	鼻水、鼻づまり	<input type="checkbox"/>	舌の痛み
<input type="checkbox"/>	季節性アレルギー	<input type="checkbox"/>	後鼻漏		外傷後・手術後の愁訴
<input type="checkbox"/>	花粉・排気ガスアレルギー	<input type="checkbox"/>	慢性副鼻腔炎	<input type="checkbox"/>	外傷後の痛み
<input type="checkbox"/>	運動誘発アレルギー	<input type="checkbox"/>	においに敏感	<input type="checkbox"/>	外傷後の違和感
<input type="checkbox"/>	化学物質過敏症	<input type="checkbox"/>	音に敏感	<input type="checkbox"/>	術後の痛み
	皮膚の症状		消化器・泌尿器の症状	<input type="checkbox"/>	術後の違和感
<input type="checkbox"/>	蕁麻疹	<input type="checkbox"/>	胃痛		その他の症状はご記入ください
<input type="checkbox"/>	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/>	胃・十二指腸潰瘍		
<input type="checkbox"/>	円形性脱毛症	<input type="checkbox"/>	過敏性大腸炎		
<input type="checkbox"/>	にきび	<input type="checkbox"/>	潰瘍性大腸炎		
	メンタル・行動の問題	<input type="checkbox"/>	下痢		
<input type="checkbox"/>	ゆううつ	<input type="checkbox"/>	便秘		
<input type="checkbox"/>	不眠（入眠・途中・早朝）	<input type="checkbox"/>	おならがよくでる		
<input type="checkbox"/>	イライラ	<input type="checkbox"/>	痔の症状		
<input type="checkbox"/>	不安	<input type="checkbox"/>	頻尿		

問診表③（動機や施術内容などについて）該当する内容に✓を入れてください。（複数選択可）

① 当院を受診された動機は何ですか？

- 知人から評判を聞いたから
- 施術内容を聞いて、合っていると思ったから
- 院長のプロフィールをみて信頼できると感じた
- 色々試してみたかったから
- 住まいや職場から近かったから
- その他（ ）

② どのような施術を期待していますか？

- 筋肉をほぐすような気持ち良い施術
- 根本原因を追究した施術
- 症状が早期に改善される施術
- 以前受けたことのある施術
- メンタル面も含めたトータルな施術
- その他（ ）

③ 今現在の問題をどう考えますか？ YES NO わからないに✓を入れてください。

- 筋肉や靭帯、関節の問題と思う YES NO わからない
- 神経の問題と思う YES NO わからない
- 内臓の問題と思う YES NO わからない
- 脳の誤作動記憶の問題と思う YES NO わからない
- ストレスの問題と思う YES NO わからない
- 身体のクセの問題と思う YES NO わからない
- 他の治療のせいだと思う YES NO わからない
- 手術のせいだと思う YES NO わからない
- 治る力が今働いていないからだと思う YES NO わからない

④ 治療効果を引き出すためには、患者様と治療者との信頼関係は必須条件になります。当院の治療は、主に身体の神経反射を利用した生体反応検査を基準に施術を進めていきます。このよう身体を使う検査に慣れていないと、検査結果が理解しがたく、不信感へとつながる場合もあります。

もしも、検査や施術法に不信感が生じてしまうと、理想の治療効果が得られにくくなります。施術、ならびに検査途中で疑問点や不信感を感じるようでしたら遠慮なく、その旨をお伝えください。

患者様が求めている「期待」と当院が提供する施術法やサービスに「ミスマッチ」が生じないように努め、満足していただける施術やサービスをご提供できればと願っております。ご協力よろしく申し上げます。

上記の内容をご理解いただけましたら✓をお願い致します。