

●来院者様の基本情報

※このインタビューシートは、来院者様のケアや予防をするにあたり大変重要なデータとなります。ご不明な点は、ご遠慮なくスタッフへお尋ねください。

氏名 姓(Surname) 名(Given name) フリガナ() 男 女
生年月日 西暦 年 月 日 (歳)

職業 身長 cm 体重 kg

仕事内容(例:デスクワーク・営業) テレワーク有 無

自宅住所〒 ※ご希望によりケアの一貫として、メルマガの配信を行います。希望されない場合は<<いいえ>>にチェックを入れてください。

自宅 E-mailアドレス いいえ

携帯 携帯メールアドレス いいえ

婚姻区分 未婚 既婚 離婚 死別 お子様の人数と年齢 (人) 歳 歳 歳 歳

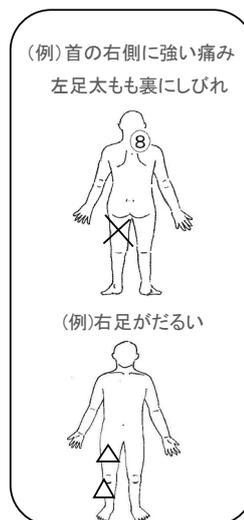
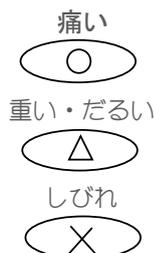
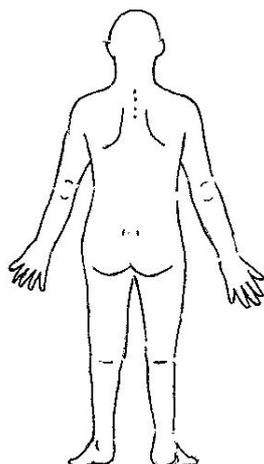
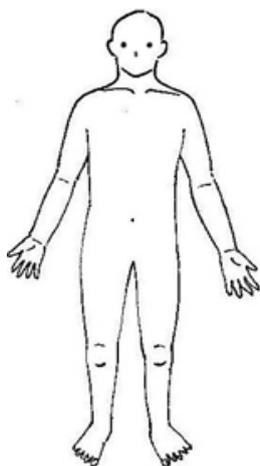
●来院に当たって

- (1) 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) 院パンフレット 雑誌() テレビ・ラジオ 自宅から近い 勤務先から近い
ホームページ(検索キーワード) エキテン 書籍 Facebook チラシ
- (2) 当院を来院された理由を教えてください(複数回答可)
症状の改善 予防ケア 健康チェック 姿勢の改善 ヒップアップ ダイエット
安産対策(女性) 産後のケア(女性)
- (3) 今後の希望について、思い当たるものにチェックを入れて下さい
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 基礎疾患を改善したい 免疫力を高めたい
健康であり続けたい 自分の状態にあったケアをお願いしたい QOLの改善
その他()
- (4) 当院での希望ケアを教えてください(複数回答可)
カイロプラクティック施術 姿勢ケア エクササイズケア 睡眠ケア 栄養ケア
パソコン使用時のケア スマートフォン(携帯電話)使用時のケア
- (5) カイロプラクティック施術を受ける際の施術方法についてお尋ねします。
 施術する際に、関節の音が鳴るような速い動きの施術方法を用いてもよろしいでしょうか?
全ての箇所で大丈夫(お任せする) 首だけは除く 全て除く(優しい施術方法を用いる)

●症状について

- (6) 上記の質問(2)で症状があるとチェックされた方に伺います
 ①該当するものにチェックして下さい(複数回答可)
頭痛 首の痛み 肩こり 背部痛 腰痛 股関節痛 膝の痛み 足首の痛み 手首の痛み
めまい 眼精疲労 喉の痛み 胃腸症状 便秘 冷え性 生理痛 うつ症状
精神的ストレス 呼吸が浅い 不眠 皮膚炎症状 その他()
アレルギー (食品 薬品 金属 花粉 ハウスダスト 犬・猫 その他())

右下の例のように、痛み・違和感のある場所、痛みの程度を[1~10最大痛]の数字でご記入下さい



*院長記入欄

Sc	T7
Oc	T8
AT	T9
AX	T10
C3	T11
C4	T12
C5	L1
C6	L2
C7	L3
T1	L4
T2	L5
T3	SB
T4	SA
T5	L
T6	R

②一番気になる症状はどれで、いつ頃からですか?

症状: _____ いつ頃: _____

裏面に続く ↓

(6)③症状の原因で思い当たることがありましたらお書きください

④症状改善のために、現在・過去に治療を受けていますか (はい ・ いいえ)

→ 「はい」の方へ 該当するものにチェックを入れ、以下にお答えください

市販薬 病院 整骨院 鍼 灸 按摩 マッサージ リフレクソロジー 気功
整体 カイロプラクティック オステオパシー その他()

・病院/治療院名 _____ 受診日時: _____ 年 月 日

・どのような診断でしたか _____

・どのような治療方法でしたか _____

・また、その治療で変化はありましたか(良くなった ・ 悪くなった ・ 変わらない)

・現在も投薬を受けていますか (はい ・ いいえ)

・どんな効果がある薬かわかりましたらお書き下さい _____

⑤症状はどのような時に起きますか (例) 立ち上がる時 朝起きる時 など

●現在・過去の健康状態について

(7)下記の事項の内、過去にかかったものにチェックを、また、現在もかかっているものには更に○で囲んで下さい。

高血圧 低血圧 貧血 糖尿病 高脂血症 ガン() 心臓疾患 脳血管障害
骨粗しょう症 腎臓病 肝臓病 婦人科系疾患 リウマチ()

(8)上記の質問(6)~④以外で現在服用している薬がありましたら教えてください

ない
ある()

(9)今までに大きな怪我・交通事故・病気・手術をしたことがありますか

ない ある(年 月)

(10)次の検査は最近ではいつ頃しましたか

	6ヶ月以内	1年以内	1年以上前	
X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部位 (頭・首・背中・腰・腕・足)
CT・MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	部位 (頭・首・背中・腹・腰・腕・足)
血液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
人間ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(11)最近受けた健康診断の時期と、問題点をお書きください。

(受診された時期 年 月 問題点:)

(12)女性の方にお尋ねします。出産のご経験はありますか。現在妊娠の可能性はありますか。

・経験 いいえ はい()人
・可能性 いいえ はい(予定日 年 月 日)

(13)1日の食事の回数はおおよそ何回ですか? 1回 2回 3回 その他()回

(14)サプリメント(健康補助食品)何か摂取されていますか

いいえ はい(種類:)

(15)運動経験を教えてください。

・小学校() ・中学() ・高校() ・専門/大学() ・社会人()

●ご家族とご自身の目標について

(16)あなたのご家族はカイロプラクティックケアを受け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

(17)健康を手に入れたら何にもっと力を注ぎたい、充実させたいですか? チェックを入れてください(複数回答可)

普通の生活 仕事 学業(勉強) 家事 趣味 旅行 運動 子育て
その他 ()

●個人情報の取扱いに関する同意について

当院でサービスを受けるにあたり、私が提供する情報が別紙「ファミリーカイロプラクティック三鷹院での個人情報の取り扱いについて」に基き管理、利用されることに同意します。

※18歳以下の方は、保護者の方がご署名ください。西暦 年 月 日 ご署名: