

ボディリサーチ カイロプラクティック オフィス

フリガナ

氏名 _____ 様 生年月日 M. T. S. H. R. _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____

・ご連絡のつきやすい番号 (_____) _____

・配偶者 有 _____ 歳 無 未婚

・メールアドレス _____ @ _____

・ご職業 _____ 血液型 _____

・ 当院はどのようにして知りましたか？ ホームページ 紹介
紹介者氏名(_____)

質問項目はこれから受けられる治療の重要なデータになりますので詳しくご記入ご協力ください。

・ 今回の来院の目的及び診てもらいたい健康上の1番の問題(症状)はなんですか？

・ 現在の症状を当院に来る前に他で診てもらいましたか？

はい いいえ

→ はい の方 治療院/病院名 _____ 通院回数 _____ 回

病名/診断名 _____

その時レントゲンは撮られましたか？ はい いいえ

・過去に病気(手術)、交通事故またはケガなどで入院されたことはありますか？

はい いいえ

→ はい の方 その時の病名、入院歴など具体的にご記入ください。

(何年前 何を どのくらいの期間)
_____ / _____ / _____

・現在服用されているお薬(サプリメントを含む)はありますか？

はい いいえ

→ はい の方 薬または品名 _____

過去にカイロプラクティックとして全身レントゲンや背中に機械で神経を調べてから説明を聞いて、治療を受けたことはありますか？

はい いいえ

→ はい の方 何年前 _____ 院名 _____

ライフスタイルについての質問にお答えください。

- ・習慣的な運動はしていますか？ はい いいえ
→はいの方 何を_____週何回_____期間_____
- ・食事に気をつけていますか？ はい 自炊 時々自炊 いいえ コンビニや外食多い
- ・煙草は吸いますか？ はい(1日/ 本) いいえ
- ・お酒は飲みますか？ はい(週/ 日) いいえ
- ・お水は飲みますか？ はい 1日1ℓ以上 1ℓ未満 いいえ お茶などの飲料水

- ・仕事またはプライベートでのストレスを感じていますか？ はい(毎日 時々) いいえ
- ・現在悩み事がありますか？ はい いいえ

- ・睡眠時間はどのくらいですか？ (_____)時間 睡眠状態 (良い 悪い)
→悪いに○をつけた方(よく夢を見る 寝付けない 寝相が悪い 朝方目が覚める 夜中のトイレ)

(女性の方のみ) 現在妊娠していますか？ はい(_____ か月) いいえ

あなたは現在の症状から、これからの健康をどのように考えていきたいですか？

これから10年先の元気なカラダを考えていきたい 今の問題の解決だけを考えている

10年先にチェックされたかた、もし宜しければ、これから元気になったら何をしたいですか？

その目標に向かってがんばりましょう！

当オフィスは治療のシステムとして、あなたの脊柱全身を調べるレントゲンを必要とします。それは、他の物理療法でない科学的根拠に基づいた治療法であり、見えないものを診ることは原因追求に必要不可欠になります。

レントゲン撮影をすることに同意していただけますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました。以上にご記入されたものは、個人情報として管理しています。

カイロプラクティックは脊柱神経の状態を調べることで、人間本来の生命力が健康上の問題解決に繋がるのが目的の治療と理解し、私自身の情報提供を詳しく記載いたします。

ご署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ボディリサーチ 院長 新妻盛彦