

●来院者様の基本情報

※可能な限りご本人がご記入ください。このインタビューシートは、ケアをするにあたり大変重要なデータになるためです。

ふりがな() 男・女

氏名 _____ 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ (_____ 歳)

小・中・高・大学・専門学校 (_____) 年生 身長 _____ cm 体重 _____ kg

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

☎本人携帯 _____ 本人携帯メールアドレス _____ □いいえ

☎保護者携帯 _____ 続柄(_____) 保護者携帯メールアドレス _____ □いいえ

兄弟姉妹の人数と年齢(続柄) _____ 人 歳(_____) 歳(_____) 歳(_____) 歳(_____)

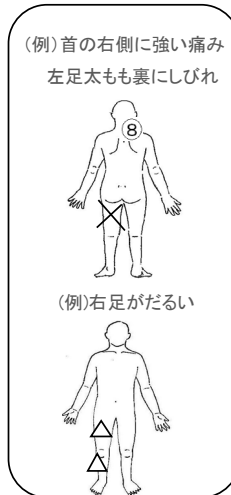
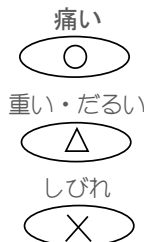
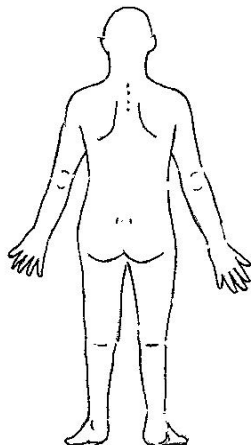
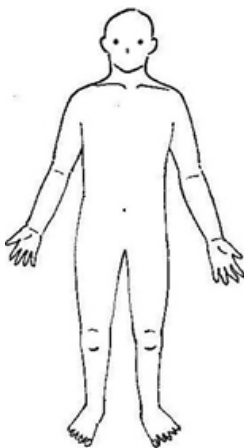
●来院に当たって

- (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 学校から近い
- エキテン(ロコミサイト) 書籍 Facebook チラシ
- ホームページ(検索キーワード: _____)
- 閲覧したサイト名: メインサイト(<http://mitaka-chiro.com>) 起立性調節障害 起立性低血圧 側弯症 その他(_____)
- サイトを見つけたのはどなたですか? 本人 父 母
- サイトを閲覧したのはどなたですか? 本人 父 母
- 視聴されたYouTube動画はありますか? 起立性調節障害 側弯症 その他(_____)
- (2) 当院を来院された理由を教えてください(複数回答可)
- 姿勢矯正 起立性調節障害の改善 予防ケア セカンドオピニオンを受けたい その他(_____)
- (3) 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
- (4) 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

- (1) ①下記に該当する症状がありましたらチェックをして下さい(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 起床時の立ちくらみ 椅子から立ち上がった時の立ちくらみ 入浴後の立ちくらみ 入浴時に気持ちが悪くなる
- 乗り物酔い 眼精疲労 喉の痛み 胃腸症状 便秘 冷え性 生理痛 うつ症状 疲れやすい・だるい
- 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:

(2)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 接骨院 鍼 灸 按摩 柔道整復(整骨院) マッサージ 気功
リフレクソロジー 整体 カイロプラクティック 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 特に朝起きる時 など

(3)下記の症状のうち、当てはまるものに☑をつけてください。

- ①「立ちくらみ」や「めまい」を感じることもある。または、立ち上がるときにそっと立つことがある。
- ②立っていると気持ちが悪くなり、ひどい時には、倒れることがある。
- ③「お風呂やシャワー」に入ったとき、気分が悪くなり、ひどいときには倒れることがある。
- ④少し動いただけでも、胸がどきどきしたり、息切れしたりすることがある。
- ⑤朝、頭痛や腹痛、身体のだるさで、起きにくいことがある。
- ⑥午前中、頭痛や腹痛や身体のだるさで、調子が悪いことがある。
- ⑦「顔色が悪い(青白い)」と言われることがある。
- ⑧食欲がないことがある
- ⑨「おなか」が刺すように痛くなることもある。
- ⑩身体の「だるさ」や「疲れやすさ」を感じることもある。
- ⑪頭が痛くなることもある。
- ⑫乗り物に酔いやすい。

●現在・過去の健康状態について

(1)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病名を○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 リュウマチ その他()

(2)上記の質問「症状について(2)－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()

(3)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:)

(4)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)

(5)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・腰・腕・足)
血液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(6)次の検査を受けたことがありますか
ホルター心電図 脳波 HUT(ヘッドアップチルト試験) 新起立性調節障害試験

(7)誕生時の分娩の種類を教えてください。
普通分娩 予定帝王切開 緊急帝王切開 鉗子分娩 吸引分娩 その他()
臍帯巻絡(へその緒の巻き付き)はありましたか? はい いいえ
促進剤は使用しましたか? はい いいえ
分娩時間()時間 出産時の体重()g 出産時の身長()cm

●生活習慣について

(1)生活習慣について()内に詳細をお書きください。

朝…食べない / 米 パン 麺 肉 魚 豆 卵 味噌汁 野菜 海藻 乳製品 その他()

昼…食べない / 米 パン 麺 肉 魚 豆 卵 味噌汁 野菜 海藻 乳製品 その他()

夜…食べない / 米 パン 麺 肉 魚 豆 卵 味噌汁 野菜 海藻 乳製品 その他()

間食…摂らない チョコ アイス クッキー 飴 カップ・インスタントラーメン せんべい スナック
小魚 豆 その他()

- (2) サプリメント(健康食品)…摂らない 摂る()
 飲み物…コーヒー(1日 杯) 紅茶 緑茶 麦茶 ほうじ茶 炭酸飲料 その他()
- (3) 運動…しない する(毎日・週に 回) / 種類:散歩・体操・その他()
- (4) 休憩を取らずに歩行した際、症状を悪化せずに歩くことができる距離を教えてください。
0-10m 11-100m 101-1000m 1001-2000m 2001-3000m 3001m-
- (5) 入浴…しない シャワー 湯船に浸かる / 発汗…よく汗をかく あまり汗をかかない
- (6) 虫歯… 無い 有る()本 歯磨き…1日 1・2・3 回 フロス…1日 1・2・3 回
- (7) 睡眠 *24時間法で記入ください。

	床につく時間	寝付く時間	目覚める時間(目覚まし)	実際に起床する時間
平日	()時	()時	()時	()時
土日祝日	()時	()時	()時	()時

 日中、仮眠は取りますか? はい いいえ ()時に、()時間程度
 寝る時の照明は、何を使っていますか? 使っていない(真っ暗) 白色灯(LED) 赤色灯(オレンジ)
 不眠症の感覚はありますか? はい いいえ
寝つきが悪い 途中で起きる 朝起きれない 寝足りない感じがする 日中、睡魔に襲われる
 ソファで寝ることはありますか? いいえ 時々 ほぼ毎日
- (8) 排便…毎日出る・()日毎に1回 / 硬い・バナナ便・軟便・下痢・血便・その他()
 排尿…多い 少ない 残尿感あり 排尿時痛あり 濁りあり 夜間頻尿・その他()
- (9) テレビ、IT機器は1日平均何時間程度使用しますか
 テレビ ()時間 スマホ ()時間 パソコン ()時間
- (10) 学校までの交通手段と時間
 徒歩()分・自転車()分・バス()分・電車()分
- (11) 学校の温度管理
 温度 ちょうどよい 寒い 暑い 風がそのまま当たり、温度調節が難しい その他()
- (12) 学校の出席状況、及び保健室に行く回数を教えてください。(年間のおおよその日数でOKです。)
- | | 遅刻 | 早退 | 欠席 | 保健室 |
|----|-----|-----|-----|-----|
| 小1 | () | () | () | () |
| 小2 | () | () | () | () |
| 小3 | () | () | () | () |
| 小4 | () | () | () | () |
| 小5 | () | () | () | () |
| 小6 | () | () | () | () |
| 中1 | () | () | () | () |
| 中2 | () | () | () | () |
| 中3 | () | () | () | () |
| 高1 | () | () | () | () |
| 高2 | () | () | () | () |
| 高3 | () | () | () | () |
- (13) クラブ活動・課外活動でされているものがあればご記入ください。
していない している()
 時間と頻度を教えてください。()時間 × 週()日
- (14) 塾には通っていますか?
通っていない 通っている 週()日

●ご家族とご自身の目標について

- (1) あなたのご両親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
 父 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
 母 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
- (2) 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 学業(勉強) 部活 趣味 運動 友達と遊ぶ 課外活動
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」に基づき管理、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:

●事前視聴動画

ご予約時にスタッフからご案内があった場合のみ、次の動画を事前にご視聴下さい。



【初回ビデオ_16分6秒】

<https://youtu.be/6VLB21FsnrE>