

●来院者様の基本情報

※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となります。時間が取れる場合は、可能な限りご本人が記入ください。

ふりがな()
 西暦
 氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳)

※スタッフ記入欄
 小・中・高・大学・専門学校 ()年生 身長 cm 体重 kg (feet inches) ()pounds

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 - - 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(口コミサイト) 書籍 Facebook
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 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)

(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

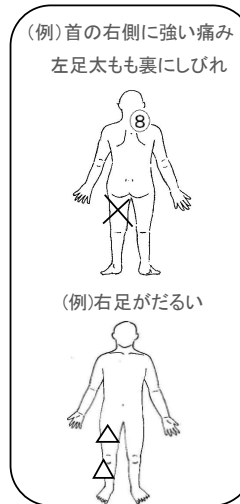
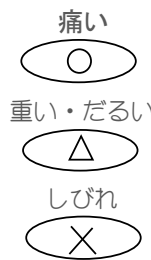
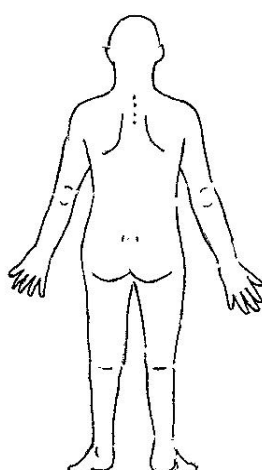
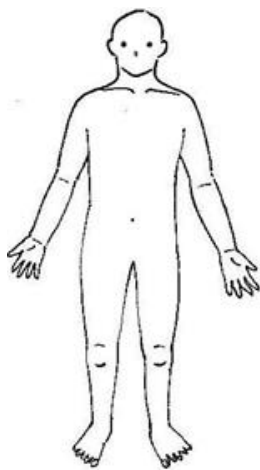
(4) カイロプラクティック施術を受ける際の施術方法についてお尋ねします。
 施術する際に音が鳴るような速い動きの施術方法を用いてもよろしいでしょうか?
全ての箇所で大丈夫 首だけは除く 全て除く(優しい施術方法を用いる)

●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 眼精疲労 喉の痛み 胃腸症状 便秘 冷え性 生理痛 うつ症状
- 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 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?

症状部位: _____ 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 特に朝起きるときに痛む など

●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○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()

(2)上記の質問(5)~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"/>	
人間ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(6)最近受けた健康診断の時期と、問題点がありましたらお書きください。

ない ある(_____ 年 _____ 月 問題点: _____)

(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 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 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 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)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

(5)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

(6)睡眠 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

*24時間法で記入ください。

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? いいえ はい

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

(7)排便…毎日出る・()日毎に1回/硬い・軟便・下痢・血便・その他()

排尿…口多い 口少ない 残尿感あり 排尿時痛あり 濁りあり 夜間頻尿・その他()

(8)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

(9)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

(10)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()

(11)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	()	()	()	()

(12)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

(13)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: