

健康調査表

年 月 日 ()

Pt.#

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日 (歳)
お名前		血液型	型			
		ご職業	業種など、具体的に (例: デスクワーク・接客業)			
ご住所	〒	<input type="checkbox"/> 電話番号	-	-	-	-
	※年賀状、割引はがきをお送りしてもよろしいですか。 可 ・ 不可	<input type="checkbox"/> 携帯番号	-	-	-	-
※ご連絡の取りやすい方にチェックを入れて下さい。						

該当する項目にチェックまたはご記入をお願いします。症状については2枚目にご記入下さい。	
どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 痛みやしびれがある (部位:) <input type="checkbox"/> 姿勢が気になる <input type="checkbox"/> 現在の身体の状態が知りたい <input type="checkbox"/> 健康管理のため <input type="checkbox"/> パフォーマンス向上 (スポーツなど) <input type="checkbox"/> その他:
当院をお知りになったきっかけは	<input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介 (ご紹介者名:) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> パンフレット・チラシ <input type="checkbox"/> 看板・通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()
過去に施術を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい: それはどのような治療法ですか? <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> カイロプラクティック <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 接骨院 <input type="checkbox"/> その他
その時の感想は	<input type="checkbox"/> 楽になった <input type="checkbox"/> 楽にならなかった <input type="checkbox"/> 痛かった <input type="checkbox"/> 痛くなかった <input type="checkbox"/> 怖かった <input type="checkbox"/> 優しかった <input type="checkbox"/> よく理解できた <input type="checkbox"/> 説明してくれなかった/よく解らなかった <input type="checkbox"/> 通院が大変だった <input type="checkbox"/> 通院が便利だった
本日も希望のプランは	<input type="checkbox"/> 60分プラン <input type="checkbox"/> 45分プラン <input type="checkbox"/> 30分プラン <input type="checkbox"/> ストレッチ (オプション) <input type="checkbox"/> フットケア (オプション)
カイロ治療についてご希望は	<input type="checkbox"/> 痛いところ、困っているところだけ診てほしい <input type="checkbox"/> 痛いところだけでなく全体を診てほしい <input type="checkbox"/> () のために 月 日までに改善させたい
今後のご希望は	<input type="checkbox"/> 症状が良くなったら、身体のメンテナンスや予防ケアをしていきたい <input type="checkbox"/> まずは現在の症状を改善させて、様子をみたい <input type="checkbox"/> 疲れや痛みが出てきたときのみ施術を受けたい
安全性を確かめるためお聞きします 次のような場所にご病気や問題がありますか	<input type="checkbox"/> 大きな怪我・交通事故 (時期・部位:) <input type="checkbox"/> 手術の経験 (時期・部位:) <input type="checkbox"/> 循環器系 (症状・病名:) <input type="checkbox"/> 呼吸器系 (症状・病名:) <input type="checkbox"/> 脳・神経系 (症状・病名:) <input type="checkbox"/> 消化器 (症状・病名:) <input type="checkbox"/> 腎・泌尿器系 (症状・病名:) <input type="checkbox"/> アレルギー・自己免疫系 (症状・病名:) <input type="checkbox"/> 婦人科系 (症状・病名:) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある (ヶ月 週) <input type="checkbox"/> 頰関節症 <input type="checkbox"/> 精神不安定 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症
使用中のお薬は	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬名:) 理由:
血圧の状態は	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 低い 最高: 最低:
生活スタイルについて教えてください	ご家族は <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 子供 () 人 睡眠は <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> 睡眠時間が取れない 平均 () 時間 食事は <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食欲にむらがある <input type="checkbox"/> 栄養バランスが悪い <input type="checkbox"/> 不規則 運動は <input type="checkbox"/> ほとんどしない <input type="checkbox"/> する 平均 () 回 / 週・月 内容: 嗜好品は <input type="checkbox"/> お酒 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他:

同意書

肩こり・腰痛・骨盤のゆがみのケア 実りのカイロ三島にお越しいただきありがとうございます。
カイロプラクティックを受ける前にこのご案内を必ずお読み下さい。

当院でのカイロプラクティックケアは、カイロプラクター養成を目的とした国際基準の4年制教育大学であるRMIT大学（豪州）日本校（現TCC）を卒業し、十分な基礎医学・臨床科学また検査・技術能力を備えた、世界保健機構（WHO）が定めた正規のカイロプラクターのみが行っております。

私たちは安全で効果の高いカイロプラクティックを行い、皆様出来る限りのケアをさせていただきます。疑問やご質問があれば、遠慮なく当院スタッフにおっしゃって下さい。

次に、当院の注意事項をお読み下さい

1. 当院はカイロプラクティックケアを中心とした健康ケアを提供します。基本的な施術までの流れとして、（問診→検査→説明→施術→アドバイス）の順で行います。
カイロプラクティックは医療行為やあんま、マッサージとは異なります。
2. 施術の前にインフォームドコンセントを行います。当院のカイロプラクターは高度な知識と技術を習得しておりますが、人間の行為に完全はありません。カイロプラクティックケアは国際調査でも330万回の施術で3回の事故という、危険性のとても低いものです。但し、時には施術後に不快感を覚える場合もあります。これ施術後の正常な反応（好転反応）ですので心配ありませんが、不安がある場合は速やかに当院までお知らせ下さい。
3. 当院はご予約優先です。遅れられた場合には施術が行えない場合がございます。

個人情報の取り扱いについて

- 当院ではお客様の個人情報を以下の目的以外には使用しません。
ご連絡がある場合、割引サービスやニュースレター等の郵便・電子メールサービス
- 皆様の個人情報について、適切な安全措置を講ずることにより、漏えい、改ざん、紛失等の危険防止に努めます。
- 個人の個人情報に関して、修正・利用停止・削除などの必要が生じた場合、ご本人からのご連絡を頂くことにより、適宜・ご要望に応じた対応を取らせて頂きます。

皆様の健康回復と維持のため、私たちは誠心誠意をもって施術にあたらせていただきます。
最後までお読み頂きましてありがとうございました。

以上の内容にご理解を頂けましたら、こちらにご署名をお願いします。

年 月 日 ご署名：
