

◎治療を受ける前にご確認させて下さい

これから初回調査票にあなた様の情報をお書きいただきます。

こちらでご記入いただいた情報は当院以外に出ることはございません。

ご安心のうえご記入下さい。

当院では、ご縁をいただいたあなた様に一所懸命施術いたします。
症状の改善や体調の向上のためには信頼関係が何より大切になります。
記入しづらいことや、こんな相談してもいいのかな？など不安があればそっと
口頭でお伝えいただいても構いませんので安心して下さい。

※ごくまれにですが、住所やメールアドレスなど一切教えたくないといった方もいらっしゃいますが、身元不明な方や情報不足ですと信頼関係を築くのが困難で、回復を前提として治療に取り組めないケースが発生してしまうため、施術をお断りしています。

何とぞご理解ご協力をお願いいたします。

※また、ご予約を守っていただけない方も同様に施術をお断りさせていただいております。

・重篤な疾患の可能性がある場合や当院では対応が難しいと判断した方には、他の治療機関をオススメすることがあります。

あなたにとっての最善を提供するため、ご理解の程お願いいたします。

・当院は予約制となっております。お陰様で予約が取りづらい状況です。

回復を早めるためにも治療計画に沿って、計画的な「まとめ予約」をお願いしています。

例：月曜日と金曜日の10時なら通院ができる場合、1ヶ月先までの月・金10時で予約する

・やむを得ない事情を除いて当日のキャンセルや遅刻を繰り返される患者さんは、他の予約を待っている患者さんの迷惑となるため、施術のご予約をお断りさせていただきます。

・尚、キャンセルやご予約の変更は、急病等の事情がない場合は前日までにご連絡下さい。

当日のキャンセルは、キャンセル料がかかります。

・マナーのない方、コミュニケーションに問題がある方、他の患者さんのご迷惑になる方の治療はお断りすることがあります。

上記をお読みいただき、同意いただける方はサインをお願いいたします。

氏名 _____

松岡カイロプラクティック初回調査表

フリガナ		初診	年	月	日
氏名		当院を何で知りましたか？ 紹介者 様 ・ホームページ ・エキテン			
生年月日	大 昭 平	年	月	日	年齢 歳 男・女 既婚・未婚
〒		TEL	-----		
住所		携帯	-----		
携帯メールアドレス					

あなたの健康状態を把握し、ベストな施術を行うために必要な情報です。できるだけ、全てご記入下さい。
ご記入いただいた個人情報を第三者に譲渡、公開することはありませんので安心してご記入下さい。

◎今日はどんな症状で来院されましたか？

例) ギックリ腰

◎それは、いつ頃からですか？ 例) 2日前から

◎どこでそうになりましたか？ 例) 職場で

◎どの様になったのですか？ 例) ひねった

◎現在の症状で病院などにかかりましたか？

はい・いいえ

整形外科・病院・整体・カイロプラクティック
鍼灸・整骨院・マッサージ・その他

◎現在何かの疾患で医療機関にかかっている方は以下にご記入下さい。

診断名 ()

薬の服用 (有・無) /

◎過去に大きな病気や手術や入院の経験がある場合は以下にご記入下さい。

診断名 () いつ頃 (歳頃) / 診断名 () いつ頃 (歳頃)

◎現在の症状で困っていることは何ですか？

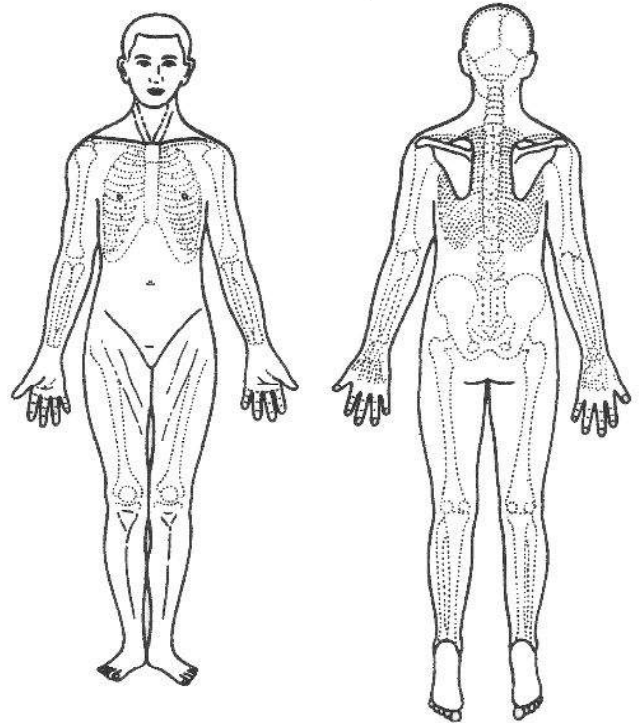
普通の生活・仕事・勉強・運動・旅行・家事・子育て・趣味・その他 ()

◎現在の症状をどの様にしたいですか？

- ・とりあえず痛みがやわらげばよい
- ・痛みを改善させ、メンテナンスもしたい
- ・運動や趣味などを楽しめるよう長期的に健康を維持していきたい

◎いつ頃までに症状を改善したいという希望はありますか？ 例) 旅行に行きたいので1ヶ月以内

◇痛む所に○印を付けてください。



◎現在の体調に、当てはまるもの全てにチェックを入れて下さい。

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 足の痛み | <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき | <input type="checkbox"/> 妊娠中（ 月） |
| <input type="checkbox"/> 首のこり・痛み | <input type="checkbox"/> 手足の冷え | <input type="checkbox"/> 不眠・寝た気がしない | <input type="checkbox"/> 不妊 |
| <input type="checkbox"/> 肩こり・痛み | <input type="checkbox"/> 慢性疲労 | <input type="checkbox"/> O脚・X脚 | <input type="checkbox"/> その他（内臓関係等） |
| <input type="checkbox"/> 背中のこり・痛み | <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> 側湾症 | 下記にご記入ください。 |
| <input type="checkbox"/> 股関節の痛み | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 猫背・骨盤の歪み | [|
| <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 生理痛・生理不順 | <input type="checkbox"/> 喘息・アトピー | |
| <input type="checkbox"/> 膝の痛み | <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 | <input type="checkbox"/> 自律神経失調症・うつ | |
| <input type="checkbox"/> 肘の痛み | <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 | <input type="checkbox"/> スポーツのケガ | |
| | | | |

◎あなたについて教えてください。（該当する項目に○をつけ、必要な点を教えてください）

- ・ご職業を教えてください：例）学生・専業主婦・会社員・自営業・パート
【 】
- ・仕事内容：
肉体労働・事務作業・パソコン仕事・立ち仕事・座位仕事・軽作業・その他（ ）
- ・平均睡眠時間は何時間くらいですか？： 約【 】時間・不規則
- ・入浴は： シャワーだけ・湯船につかる
- ・喫煙習慣： なし・あり ・飲酒習慣： なし・あり
- ・同居のご家族構成を教えてください：
夫、妻、息子、娘、祖父、祖母、父、母、兄、姉、弟、妹、その他 計 名
- ・健康のために気を付けていることはありますか？：例）散歩・食事のバランス・サプリなど
.....
- ・趣味・特技は何ですか？：
例）読書・映画鑑賞・家庭菜園（ ）
.....
- ・食習慣： 1日に（ ）回・間食（ ）回
濃い味付けが好み・バランスに気を付けている・偏っていると思う・菓子類、甘い物が好き
- ・あなたの思い描く健康な状態とは？：例）体の心配をせずに何にでもチャレンジ出来る状態
.....
- ・これから先、あなたがより良い人生を歩んでいくためにも、是非あなたの「健康目標」を教えてください。
健康目標とは、あなたが心や体の不調によって、やりたいのに出来なくなっていることや、あきらめていることです。つまり、あなたが健康になったらやりたいことや、新たにチャレンジしたいこと、夢や目標のことです。例）運動してダイエットしたい、バリバリ働いてマイホームを買いたい、など
- 短期目標：
.....
- 長期目標：
.....

◎当院からお誕生日ハガキなどを送付させていただいてもよろしいでしょうか？ はい・いいえ