

初来院の方へ

年 月 日

ふりがな 名前	生年月日 年 月 日(才)
〒 住所	携帯電話 自宅
【未婚・既婚】 ※既婚の方はお子さんの人数をお願いします。(人)	
どのようにして当院を知りましたか？ ご紹介者〈 様〉 または HP	

○あなたの生活環境について

- 職業(できるだけ具体的に)
【 】
- 勤務時間
午前()時～午後()時まで・不規則・その他
- 勤務日
月・火・水・木・金・土・日・不規則
- 仕事内容
肉体労働・事務作業・PC作業・立ち仕事
座位仕事・運転仕事・その他
- 平均睡眠時間
約()時間 ・ 不規則
約()時に寝て()時に起きる。
- 運動習慣
なし・あり(種目)を週に()回
一回につき()分くらい実行

○現在のからだの状況について

- ・ 今日はどうされましたか？
また、病院で何病といわれましたか？
- ・ それはいつごろから起こりましたか？
- ・ 原因としてなにか思い当たる点がありますか？
- ・ 常用薬もしくは漢方薬などありますか？

○歯の状態について

- 虫歯はありますか？
はい(治療済み・治療中・未治療)
いいえ
- 麻酔の頻度は？ (回/週)
- 親知らずの状態は？
(抜歯済み・抜歯の必要なし・治療済み)
- 歯列矯正はしましたか？
はい(抜歯あり・抜歯なし)
いいえ

○過去の手術、入院、病歴などありましたら ご記入ください。

- 何歳？ 内容は？

※ あてはまる内容に○印 もしくはご記入ください。

- 体温(°C)
- 便通(毎日 回/日 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 下痢と便秘を交互
・便秘の方 … 下剤は飲まれていますか? (はい ・ いいえ)
- 手術(帝王切開も含む)をされたことがありますか? (ある ・ なし)
- ブロック注射(痛み止め)をされたことがありますか? (ある [回] ・ なし)
- むち打ち症になったことはありますか? (はい ・ いいえ)
- 記憶力の低下は気になりますか? (はい ・ いいえ)
- 過去に記憶に残るくらいのしりもちをついたことがありますか? (はい ・ いいえ)
- 女性の方 生理用品は何を使われていますか? (紙ナプキン ・ 布ナプキン ・ タンポン)
- 女性の方 ピルの服用歴はありますか? (はい ・ いいえ)(年 月~ 年 月)
- (はい)の方 なぜピルを飲み始めましたか? ()

入浴について

- 入浴時間 (朝 ・ 昼 ・ 夜) ○ 半身浴 (回/週)
- 入浴形式 (シャワー ・ お風呂 ・ シャワーとお風呂を交互)
- お湯の設定温度 (夏場 °C) (冬場 °C)
- ドライヤー (しない ・ する 回/日)

睡眠環境

- 平均睡眠時間 時間 ○ 寝汗はかきますか? (はい ・ いいえ)
- 布団の方 マットレスは敷いていますか? (はい ・ いいえ)
- ベッドの方 ベッドマットの上に敷布団は敷いていますか? (はい ・ いいえ)
- 電気敷毛布は使用していますか? (なし ・ あり(使用期間 月~ 月)
- 敷布団 (低反発 ・ 高反発 ・ その他[])
- 枕 (低反発 ・ 高反発 ・ その他[]) 枕の高さ (cm)

リビングの環境

- 床 (フローリング ・ 絨毯 ・ 畳 ・ 電気カーペット ・ 床暖房 ・ その他[])
- (はだし ・ 靴下 ・ スリッパ)
- 暖房器具は何を使用されていますか? ()

食事

- 食事の回数 [朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 夜 ・ 間食]
- 食材の割合
[白米 ・ 玄米 ・ 肉(多・少) ・ 魚(多・少) ・ 葉物野菜(多・少) ・ 根菜類(多・少) ・ ナッツ類(多・少)]
- 食事の最中に水分を摂りますか? (はい ・ いいえ) (食事前 ・ 食事中 ・ 食事後)
- 飲み物
[牛乳(カフェオレなども含む) 杯/日 ・ 珈琲 杯/日 ・ ジュース 杯/日 ・ 炭酸 杯/日 ・ 炭酸 杯/日 ・ 酒類 杯/日
・アルコールを飲まれる方は○をつけてください(ビール 日本酒 焼酎 ワイン 洋酒 その他【])
- 間食 [和菓子 ・ 洋菓子 ・ スナック菓子]
 - ・ 柿ピーやナッツ類はよく食べますか? (はい ・ いいえ)

現在の体調にあてはまる内容に○印をつけてください。

頭痛	めまい	耳鳴り
首痛	首肩コリ	肩痛
ひじ痛	手首痛	手指痛
手のしびれ	胸のしびれ	胸部痛
背中痛	腰痛	臀部痛
股関節痛	ひざ痛	足首痛
足裏痛	脚のしびれ	足指痛
外反母趾	食欲不振	慢性疲労感
不眠	便秘	むくみ
のぼせ	動悸	冷え性
生理痛	生理不順	貧血
いびき	歯ざしり	嗅覚障害
肥満	高血圧	低血圧
高脂血症	リウマチ	膠原病
糖尿病	痛風	バセドウ病
橋本病	喘息	アトピー
アレルギー	花粉症	鼻炎
肺疾患	心臓疾患	肝臓疾患
腎臓疾患	胃腸疾患	膀胱炎
下痢気味	骨粗鬆症	O脚・X脚
側弯症	猫背	骨盤の歪み
不妊	婦人科疾患	妊婦
産後	あごの歪み	眼精疲労
更年期障害	自律神経失調症	うつ病
パニック	不安症	神経症
恐怖感	ノドのつまり	忘れっぽい・物忘れ
イライラ	集中できない	口の湯き
まぶしい	眼がショボショボ	依存症
適応障害	メンタル	パーソナリティ障害

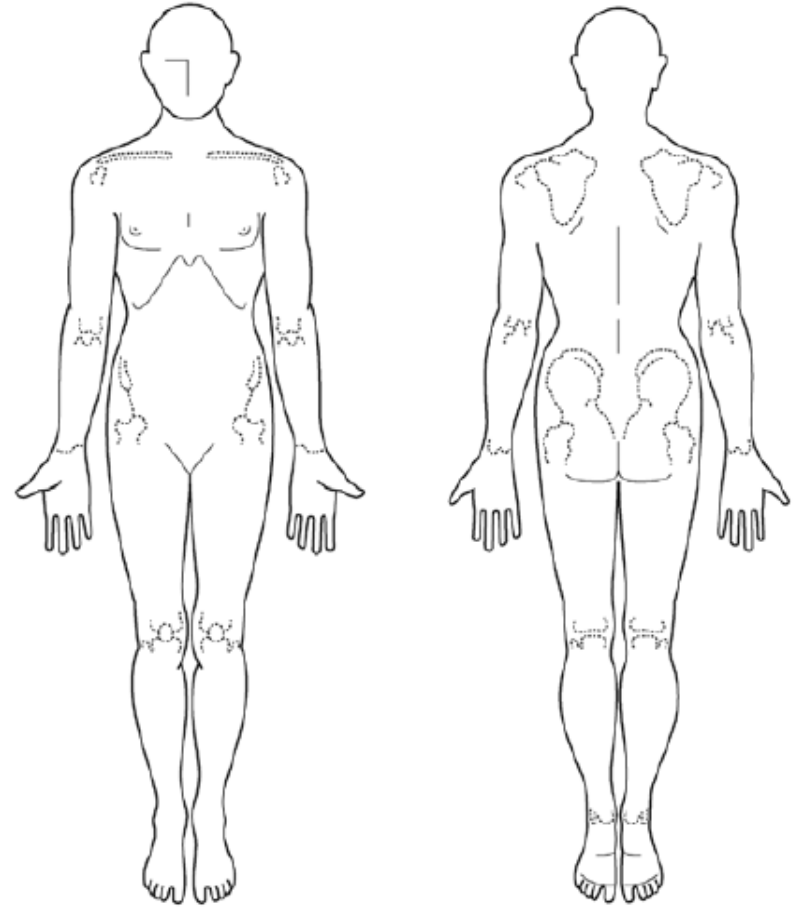
ストレス ⇒ 仕事・人間関係・家庭 ・その他[]
 その他 ⇒ []

※ 上記に3つ以上、または棒線の症状に印が付いた時は、自律神経の乱れがある可能性があります

○今まで受けたことがある治療法

整骨院 ・ はり ・ 灸 ・ マッサージ ・ 整体
 あんま ・ 指圧 ・ カイロプラクティック
 その他[]

つらいところに印をつけてください



○来院された目的に○印をつけてください

痛みやしびれを改善したい
 自分に合った予防法を身につけたい
 スポーツでの身体能力をアップしたい
 体質を改善したい
 楽な身体の使い方を学びたい
 相談したいことがあった
 産後の調整がしたい
 姿勢を改善したい
 楽しく、ごきげんに暮らしたい
 その他[]
※いつから、どんな時に痛むなど、詳しいことは後ほどお聞きします

現在の症状が改善したら どのようにすごしたいですか？ (例:ジムに通って運動したい)

●備考欄