

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)
- 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)
- 記憶力の低下は気になりますか？ (はい ・ いいえ)
- 食後に眠くなることはありますか？ (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 ・ 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。

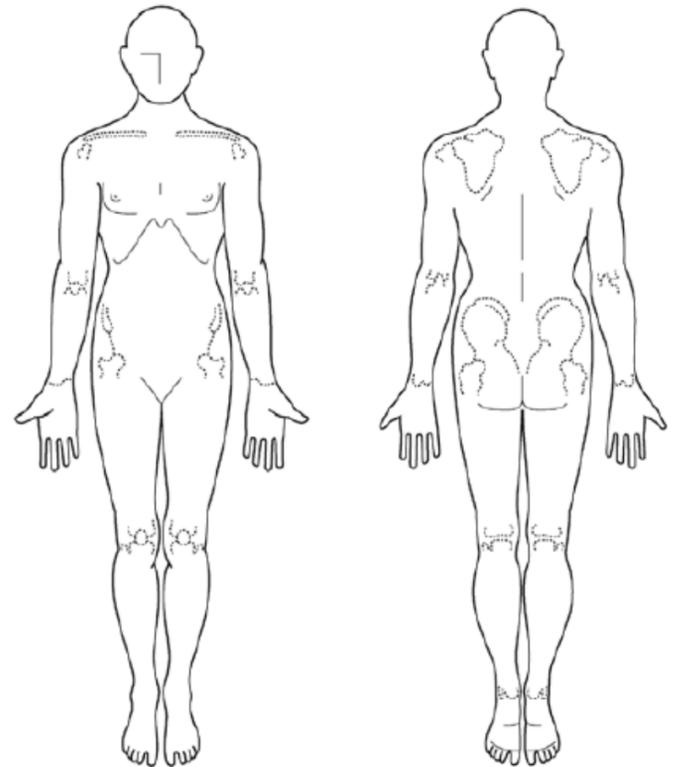
- | | | |
|--------------|-----------------|-------------------|
| <u>頭痛</u> | <u>めまい</u> | <u>耳鳴り</u> |
| 首痛 | 首肩コリ | 肩痛 |
| ひじ痛 | 手首痛 | 手指痛 |
| 手のしびれ | 胸のしびれ | 胸部痛 |
| 背中痛 | 腰痛 | 臀部痛 |
| 股関節痛 | ひざ痛 | 足首痛 |
| 足裏痛 | 脚のしびれ | 足指痛 |
| 外反母趾 | <u>食欲不振</u> | <u>慢性疲労感</u> |
| <u>不眠</u> | <u>便秘</u> | <u>むくみ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

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

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

○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 []

チェックリスト

- 朝起きるのがつらい
- 疲れがとれない
- 塩辛い食べ物が欲しくなる（例：ポテトチップスが好き 辛い物をさらに足したくなる）
- 倦怠感
- 日常的なことで疲れてしまう
- 性欲の低下
- ストレスに対処できない
- 病気・ケガからの回復に時間がかかる
- 悲しみから立ち直れない（介護疲れ パニックなど）
- 頭がくらくらすることがある（立ち座りなど）
- 人生のすべてがむなし なにもする気にならない
- PMSの悪化 バストの張り 感情起伏
- 手足のむくみ
- カフェインがないとしごとができない
- 思考が定まらずぼーっとしている。判断力・決断力が落ちる。
- 記憶があやふや
- 午前10時まで目覚めない
- 午後3時～4時くらいにぼんやりしている
- 夕食後にやっと元気になる
- 仕事がかどらない 集中力が続かない