初診日:　　年　月　日

| | |
|---|---|
| (ふりがな) | 職業　(　　) |
| 氏名 | 当院を知ったきっかけ<br>ネット・SNS・クーポンサイト・紹介・その他(　　) |
| 住所 | 生年月日<br>昭・平　　年　月　日(　歳) 未婚・既婚・離婚 |
| | 電話番号 |

## 現在お困りの症状はなんですか？

・身体(例:腰痛、肩こり、めまい。複数ある場合は困っている順に書いて下さい

(　　)

・心　(例:やる気が出ない、不安になる、パニックになるなど

(　　)

## いつからですか？また頻度はどれくらいですか？

例)3ヶ月前から週に3回

(身体/いつから？:　　頻度:　　)

(心/いつから？:　　頻度:　　)

## 自分で考えるきっかけ、原因はなんですか？

例)重いものを持った、職場や学校でのトラブル、働きすぎなど

(　　)

## 症状・悩みが辛いと感じるのは、どんな時ですか？

例)パソコン、家事、立ちっぱなしの時、職場・学校に行こうとした時

(　　)

## 症状が軽くなる時はどんな時ですか？

例)お風呂のあと、1人でいる時、趣味をしている時など

(　　)

## 症状が良くなるためにどんなことをしましたか？些細なことで構いません

例)薬や漢方を飲んだ、マッサージ、トレーニング、ネットで調べたなど

(　　)

## いま、お悩みの症状が無くなったら何をしますか？何ができると思いますか？

※〇〇をしたい！ではなく、**〇〇をする！〇〇になる！**とお書き下さい。
目標設定はとても大切です。治療の目標が分からないと、適切なアドバイス・施術が出来ないからです。**理想・妄想で構いません**ので自由にお書き下さい。

(1ヶ月後:　　)

(3ヶ月後:　　)

(1年後:　　)

## 今の症状が続いた時に最も避けたいことはなんですか？

例）仕事・学校に行けなくなる。家事や子育てができなくなる
　　家族に迷惑がかかるなど

（　　）

## 医師の診断や検査を受けましたか？（〇をつけて下さい）

はい/いいえ

（診断名：　　検査：血液検査・レントゲン・MRI・ＣＴ）

## あなたの既往歴(きおうれき)を教えて下さい。些細なことで構いません

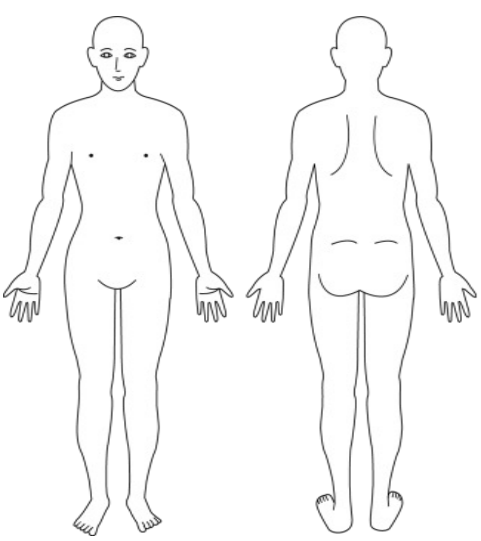
（　　）

## その他気になることはありますか？チェックして下さい

□むくみ　□便秘•下痢　□倦怠感　□頭痛　□不眠　□冷え性
□痺れ　□手足がつる　□花粉症　□動悸・息切れ　□生理痛
□その他（　　）

## あなたの生活について教えて下さい

＊飲水量：１日にコップ（　　）杯　（　　ml）　種類：水、コーヒー、お茶
＊食事回数：１日　　回　　その他(　　)
＊寝る時間（　　時)　起きる時間（　　時）
＊平熱：　　度
＊耐えられない痛み・不調を10、痛くない・不調がない時を0とした時
　今の生活で感じる数字は？（　　）
＊痛い・不調のある部分に〇をつけて下さい。



ありがとうございました
下記は未記載で大丈夫です

骨盤前傾・後傾
右Rot・左Rot
右偏位・左偏位
右側屈・左側屈
頚部・体幹の動作痛
前屈
（　　）
後屈
（　　）
回旋
（　　）
側屈
（　　）

家族構成