



## 基本情報について

ふりがな ( )

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg ※姿勢分析の際に、頭の重さを割り出すのに必要になります。

## 症状や来院について

### 1. お体のどこが気になりますか (複数回答可)

①足 ②膝 ③腰 ④背中 ⑤肩 ⑥首 ⑦頭 ⑧その他 ( )

### 2. 具体的な症状、いつごろから痛むかをお書き下さい(左足のしびれ、1ヶ月前から、など)

\_\_\_\_\_

### 3. 今回の症状について病院で診断を受けましたか

診断名 \_\_\_\_\_ レントゲン(有・無) MRI(有・無)

飲んでいるお薬 \_\_\_\_\_

### 4. 怪我をしていたり、大きな病気して触れられたくない部位はございますか (複数回答可)

①足 ②膝 ③腰 ④背中 ⑤肩 ⑥首 ⑦頭 ⑧その他 ( )

### 5. 当院を何でお知りになりましたか(複数回答可)

① ホームページ(・パソコン ・スマートフォン ・携帯 ・その他) 検索語句 \_\_\_\_\_  
②リーフレット ③看板 ④エキテン ⑤知人の紹介(紹介者名⇒ )

### 6. 今までにどのような治療や施術を受けたことがありますか

( 整体・鍼灸・カイロプラクティック・指圧・マッサージ・整骨・その他 → \_\_\_\_\_ )

### 7. 当院での目標を教えてください(複数回答可)

①まずは、今の症状を改善 ②今の症状を改善し、再発防止したい

### 8. 今の状態が改善されて健康になったら、なにに力を注ぎたい、充実させたいですか(複数回答可)

①普通の生活 ②仕事 ③趣味 ④家事 ⑤旅行 ⑥運動 ⑦子育て ⑧その他 \_\_\_\_\_

## ご家族について

### 1. ご家族のことについて教えてください

①未婚 ②既婚 お子さまの人数と年齢 ( 人 ) 歳 歳 歳

### 2. あなたのご家族は当院で、整体を受けることをどのようにお考えですか

①積極的に賛成 ②まあまあ賛成 ③無関心 ④来院することは知らない

## ※ 個人情報について

当院は、法令に基づく場合等正当な理由によらない限り、事前に本人の同意を得ることなく、個人情報を第三者に開示・提供することはありません。個人情報保護の重要性を認識し、適切に利用し、保護することが社会的責任であると考え、個人情報の保護に努めることをお約束いたします。

## 習慣チェックシート

氏名 \_\_\_\_\_

記入日 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

1. 1日の中で立っている時と座っている時の割合はどれくらいですか(就寝時は除く)?

- ① 立っている時間 ( 約 \_\_\_\_\_ 割 )      ② 座っている時間 ( 約 \_\_\_\_\_ 割 )

2. 立っている時が多い方は、

- ① 静止して立っている時間が長い      ② 動き回って立っている時間が長い

3. 座っている時が多い方は、

- ① 床に座る時間が長い      ② 椅子やソファに座る時間が長い

4. 椅子に腰かけた時に足を組みますか?

- ① 組むことが多い    ② 時々組む    ③ まったく組まない

5. 足を組む場合、どちらの脚が上に来ることが多いですか?

- ① 左脚    ② 右脚

6. 床に上でよくする座り方は何ですか?(複数回答可)

- ① 正座    ② あぐら    ③ 体育座り    ④ 長座(足をまっすぐ伸ばして座る)    ⑤ 座椅子    ⑥ 横座り(足を出す方? 右・左)  
⑦ 片腕をささえにして座る(腕をささえる方? 右・左)

7. お仕事についてお聞かせください。

- ・1日の勤務時間: \_\_\_\_\_ 時間    ・一週間の勤務日数: \_\_\_\_\_ 日    ・立ち仕事    ・座り仕事    ・半々  
・勤続年数: \_\_\_\_\_ 年

8. 1日にどれくらい、歩いていますか?

- ・1万歩以上    ・5千歩くらい    ・3千歩くらい    ・その他( \_\_\_\_\_ )  
・歩数が不明だが時間は分かる場合(約 \_\_\_\_\_ 時間)    ・完全に不明

9. 体を動かすのが好きですか?今、されている運動はありますか?

- ・好き    ・嫌い    ・どちらともいえない  
・今している運動( \_\_\_\_\_ )    ・昔していた運動( \_\_\_\_\_ )

10. 睡眠時間についてお聞かせください

- ・平均睡眠時間: \_\_\_\_\_ 時間    ・時間帯: \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時

睡眠の質について(複数回答可)    ・よく眠れている    ・途中で何度も目が覚めます    ・日中は眠い時が多い

11. 食事についてお聞かせください

- ・偏食がある( \_\_\_\_\_ 類をあまり摂らない)  
・お酒を飲む(週に \_\_\_\_\_ 日、 \_\_\_\_\_ 程度)    ・お酒を飲まない  
・煙草を吸う(1日に \_\_\_\_\_ 本)    ・煙草は止めた(いつから \_\_\_\_\_ )    ・煙草は吸わない

12. その他、自分の習慣で気になっていることがあれば、お書きください

( \_\_\_\_\_ )