

施術ヒアリングシート

記入日

年

月

日

| | | | |
|---------|--|----|-----|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 - | | |
| 電話番号 | 携帯 - - | 固定 | - - |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 (歳) | | |
| 来店のきっかけ | <input type="checkbox"/> 紹介(様) <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他() | | |

今の身体の様子について

| | |
|--------|--|
| どこが? | <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> お尻 <input type="checkbox"/> 太もも <input type="checkbox"/> ふくらはぎ <input type="checkbox"/> その他() |
| どんな時に? | <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動く時 <input type="checkbox"/> 立つ時 <input type="checkbox"/> 座る時 <input type="checkbox"/> 歩く時 <input type="checkbox"/> 走る時 <input type="checkbox"/> 寝た時 <input type="checkbox"/> 曲げる時 <input type="checkbox"/> 回す時 <input type="checkbox"/> 持ち上げる時 <input type="checkbox"/> 握る時 <input type="checkbox"/> 階段昇降の時 <input type="checkbox"/> 腕を上下する時 <input type="checkbox"/> ひねる時 <input type="checkbox"/> 振り向く時 <input type="checkbox"/> その他() |
| どうした? | <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> ハリ・コリ <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 重い <input type="checkbox"/> その他() |
| いつから? | <input type="checkbox"/> ____日前から <input type="checkbox"/> ____ヶ月前 <input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> ずっと |

現在、治療を受けていますか?

| | |
|--------|---|
| 有・無 | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていた(日前・ヶ月前) |
| どこで? | <input type="checkbox"/> 病院() <input type="checkbox"/> 治療院等() |
| どんな治療? | <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 鍼・灸 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 整体 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> その他() |

該当する疾病等がありますか?

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> ぎっくり腰 <input type="checkbox"/> 四十肩・五十肩 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 内臓疾患 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他() |
|--|

あてはまることや最近気になっていることはありますか? (複数回答可)

| | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 立ち仕事 | <input type="checkbox"/> 座り仕事 | <input type="checkbox"/> 肉体労働 | <input type="checkbox"/> パソコンやスマホをよく使う |
| <input type="checkbox"/> 中・長距離運転 | <input type="checkbox"/> 同じ姿勢で仕事 | <input type="checkbox"/> 育児疲れ | <input type="checkbox"/> 介護疲れ <input type="checkbox"/> スポーツ疲労 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 息切れ | <input type="checkbox"/> ふらつき | <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 目の疲れ |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 生理痛 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> ほてり <input type="checkbox"/> O脚・外反母趾 |
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 夜中に目覚める | <input type="checkbox"/> いびきをかく | <input type="checkbox"/> 夢を見る <input type="checkbox"/> 目覚めが悪い |
| <input type="checkbox"/> イライラする | <input type="checkbox"/> 食欲ある | <input type="checkbox"/> 食欲ない | <input type="checkbox"/> 太った <input type="checkbox"/> やせた |
| <input type="checkbox"/> 姿勢が悪い | <input type="checkbox"/> 体が硬い | <input type="checkbox"/> 運動不足 | <input type="checkbox"/> ダイエット <input type="checkbox"/> ストレスある |
| <input type="checkbox"/> タバコ吸う | <input type="checkbox"/> 酒を飲む | <input type="checkbox"/> 妊娠中 | <input type="checkbox"/> その他() |

その他

| |
|--|
| |
|--|