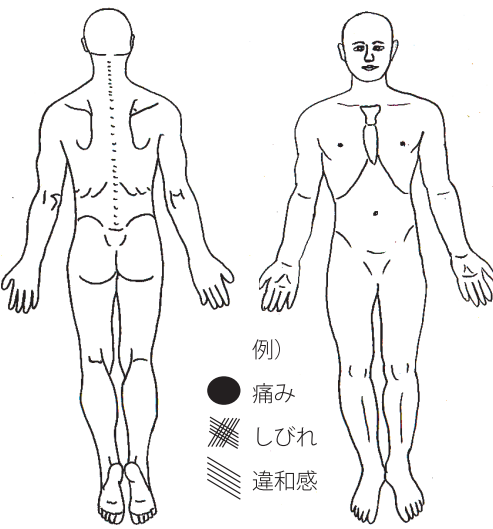
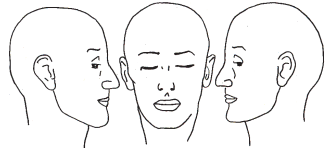


問診表①		分かる範囲内でご記入ください		初診年月日	令和	年	月	日
フリガナ								
氏名				様	性別	☐ 男	☐ 女	同居状況 婚姻状況 ☐ 一人 ☐ 独身 ☐ 配偶者 ☐ 既婚 ☐ 両親 ☐ 死別 ☐ 子供 ☐ 離婚 ☐ その他 ☐ その他
生年月日				昭	平	令	年	月 日 才
自宅住所 〒				—				
TEL（自宅）（ ）				メール ☐ PC				
TEL（携帯）（ ）				アドレス ☐ 携帯				
どのようにして当施術院を知りましたか。 ☐ ネット ☐ 看板 ☐ 広告（広告名 ） ☐ ご紹介（ ）様 ☐ その他（ ）				お子様 ☐ いる ☐ 1人 ☐ いない ☐ 2人 ペット ☐ 3人 ☐ いる ☐ 4人 以上 職業・学校・スポーツ				
① どのような症状でお困りですか？（くわしく書ける方は書いてください） 例）腰痛（夜間痛、痩せてきた、しびれ）、アレルギー（湿疹、喘息、その他） 胃腸障害、ジストニア（楽器、発声障害、その他）				症状のある部位に印をつけてください  例） ● 痛み 〰 しびれ 〰 違和感				
② その症状はいつ頃からですか？								
③ どれくらいの頻度ですか？				例）ときどき、頻繁に、常に…（ジストニア：□人に見られて □個人での練習でも）				
④ その症状のために日常生活で困ることは何ですか？				例）仕事で〇〇ができない、家事で〇〇ができない				
⑤ その症状が「最も強く」なるのは？								
⑥ その症状が「最も軽減」するのは？				問題ない 0 5 10 最も悪い 今の症状程度をスケールに印をつけてください				
⑦ 当院で治療を受けるまでの症状の経過はどうでしたか？				☐ 悪くなっている ☐ 良くなってる ☐ 変化がない ☐ その他（ ）				
⑧ 当院で治療を受ける前に受けた医療機関はどこでしたか？				☐ 病院（科名 ） ☐ 整体・整骨院 ☐ 鍼灸 ☐ カイロプラクティック ☐ その他（ ）				
⑨ その医療機関ではどのような検査、診断、治療を受けましたか？				☐ レントゲン ☐ MRI ☐ CT ☐ その他（ ）				

問診表②（心身相関関連症状について） 該当する症状(過去6ヶ月以内)に☑を入れてください。					
☐	筋肉・関節の症状	☐	物忘れ	☐	残尿感
☐	慢性腰痛	☐	職場、学校、家庭の悩み	☐	膀胱炎
☐	ぎっくり腰(急性腰痛)	☐	恐怖症	☐	内分泌・代謝系症状
☐	椎間板ヘルニア関連症状	☐	パニック症状	☐	糖尿病
☐	坐骨神経痛	☐	眠気	☐	甲状腺機能低下症
☐	脊柱管狭窄症関連症状	☐	イップス	☐	甲状腺機能亢進症
☐	脇腹の痛み	☐	スポーツのスランプ	☐	疲労感
☐	首の痛み	☐	ジストニア・痙性斜頸	☐	むくみ
☐	首の凝り	☐	ジストニア・書痙	☐	冷え性
☐	寝違い	☐	ジストニア・発声障害		循環器の症状
☐	むち打ち症	☐	チック症	☐	貧血
☐	頸部捻挫	☐	人前で緊張	☐	高血圧症、低血圧症
☐	胸郭出口症候群	☐	自律神経失調症	☐	立ちくらみ
☐	筋肉のけいれん、痛み	☐	過食症(神経性)	☐	胸がドキドキ
☐	筋緊張性頭痛	☐	仕事・家事・学業ができない		生殖器・泌尿器の症状
☐	片頭痛		耳鼻咽喉・肺の症状	☐	初期の糖尿病
☐	肩関節痛	☐	花粉症	☐	生理不順
☐	五十肩	☐	慢性鼻炎	☐	生理痛
☐	肩甲骨間の痛み	☐	喘息	☐	下腹部の痛み
☐	手・指の痛み・しびれ	☐	咳	☐	妊娠中の腰痛
☐	手根管症候群	☐	中耳炎	☐	乳房の痛み
☐	肩のスポーツ障害	☐	耳づまり	☐	子宮筋腫関連症状
☐	肘のスポーツ障害	☐	耳鳴り	☐	子宮内膜症関連症状
☐	野球肩	☐	めまい(自分が回る)	☐	卵巣のう腫関連症状
☐	野球肘	☐	めまい(周りが回る)	☐	不妊症 女性・男性
☐	テニス肘	☐	メニエール病	☐	更年期障害
☐	股関節の痛み	☐	乗り物酔い	☐	性欲の問題 女性・男性
☐	恥骨部の痛み	☐	味覚症状		乳幼児～小児の症状
☐	膝関節の痛み	☐	唾液がでない・口が乾く	☐	湿疹
☐	足関節の痛み	☐	視力の問題	☐	アトピー性皮膚炎
☐	足・指の痛み・痺れ	☐	ドライアイ	☐	夜泣き
☐	歩行困難	☐	疲れ目	☐	便秘、下痢、嘔吐
☐	線維性筋痛症	☐	なみだ目	☐	おねしょ
☐	ムズムズ脚症候群	☐	喉がつかえる		歯科・口腔科的症状
	アレルギーの症状	☐	風邪をひきやすい	☐	顎関節症
☐	飲食物アレルギー	☐	気管支喘息	☐	歯の知覚過敏
☐	接触アレルギー	☐	神経性の咳	☐	歯周病
☐	金属アレルギー	☐	鼻水、鼻づまり	☐	舌の痛み
☐	季節性アレルギー	☐	後鼻漏		外傷後・手術後の愁訴
☐	花粉・排気ガスアレルギー	☐	慢性副鼻腔炎	☐	外傷後の痛み
☐	運動誘発アレルギー	☐	においに敏感	☐	外傷後の違和感
☐	化学物質過敏症	☐	音に敏感	☐	術後の痛み
	皮膚の症状		消化器・泌尿器の症状	☐	術後の違和感
☐	蕁麻疹	☐	胃痛	その他の症状はご記入ください	
☐	アトピー性皮膚炎	☐	胃・十二指腸潰瘍		
☐	円形性脱毛症	☐	過敏性大腸炎		
☐	にきび	☐	潰瘍性大腸炎		
	メンタル・行動の問題	☐	下痢		
☐	ゆううつ	☐	便秘		
☐	不眠(入眠・途中・早朝)	☐	おならがよくでる		
☐	イライラ	☐	痔の症状		
☐	不安	☐	頻尿	(有)ライフ・コンパス©	

問診表③（動機や施術内容などについて）該当する内容に✓を入れてください。（複数選択可）

① 当院を受診された動機は何ですか？

- ☐ 知人から評判を聞いたから
- ☐ 施術内容を聞いて、合っていると思ったから
- ☐ 院長のプロフィールをみて信頼できると感じた
- ☐ 色々試してみたかったから
- ☐ 住まいや仕事場から近かったから
- ☐ その他（ ）

② どのような施術を期待していますか？

- ☐ 筋肉をほぐすような気持ち良い施術
- ☐ 根本原因を追究した施術
- ☐ 症状が早期に改善される施術
- ☐ 以前受けたことのある施術
- ☐ メンタル面も含めたトータルな施術
- ☐ その他（ ）

③ 今現在の問題をどう考えますか？ ☐YES ☐NO ☐わからないに✓を入れてください。

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| ☐ 筋肉や靭帯、関節の問題と思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ 神経の問題と思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ 内臓の問題と思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ 脳の誤作動記憶の問題と思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ ストレスの問題と思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ 身体のクセの問題と思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ 他の治療のせいだと思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ 手術のせいだと思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |
| ☐ 治る力が今働いていないからだと思う | ☐ YES | ☐ NO | ☐ わからない |

④ 治療効果を引き出すためには、患者様と治療者との信頼関係は必須条件になります。
 当院の治療は、主に身体の神経反射を利用した生体反応検査を基準に施術を進めていきます。
 このよう身体を使う検査に慣れていないと、検査結果が理解しがたく、不信感へとつながる場合もあります。

もしも、検査や施術法に不信感が生じてしまうと、理想の治療効果が得られにくくなります。
 施術、ならびに検査途中で疑問点や不信感を感じるようでしたら遠慮なく、その旨をお伝えください。

患者様が求めている「期待」と当院が提供する施術法やサービスに「ミスマッチ」が生じないように努め、満足していただける施術やサービスをご提供できればと願っております。
 ご協力よろしくお願いします。

- ☐ 上記の内容をご理解いただけましたら✓をお願い致します。