

# ヒアリングシート

初回ご来院日 年 月 日

|  |   |        |                      |                         |
|--|---|--------|----------------------|-------------------------|
| かな<br>氏名   | 様   | 男<br>女 | 昭和<br>平成<br>令和<br>西暦 | 年 月 日生                  |
| 住所   | 〒   |        | 職業                   | 会社員・自営業・学生・主婦<br>その他（ ） |
| 電話   |   |        | 携帯電話                 |                         |
| メール  | (メールでの連絡がOKな方はご記入下さい。)<br><input type="checkbox"/> LINE (LINE をチェックされた方は宝塚カイロの公式アカウントにご登録ください)<br><input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> @docomo.ne.jp <input type="checkbox"/> @softbank.ne.jp <input type="checkbox"/> @ezweb.ne.jp<br><input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> @ ( ) |        |                      |                         |
| 悩んでおられる症状は？ (○印でお囲みください) ※特に酷い症状については◎でお囲みください。<br>体のゆがみ 首痛 肩こり 背中痛 腰痛 股関節痛 膝痛 シビレ (部位： )<br>自律神経失調 むくみ 冷え性 生理痛 生理不順 便秘 不眠 頭痛 めまい 不整脈(動悸) アレルギー<br>ストレス いらいら感 不安 パニック うつ 各種恐怖症 集中力低下 やる気が出ない マイナス思考<br>その他 ( ) |   |        |                      |                         |
| 今回の症状を医師に診てもらいましたか？ ( はい・いいえ ) レントゲン検査 (有・無) MRI・CT (有・無)<br>そこでの診断名や症状について具体的に書ける方はご記入ください 診断名 ( )  |   |        |                      |                         |
| 症状について具体的に書ける方は、ご記入下さい。  |   |        |                      |                         |
| 一番治したい症状は？ 主訴 症状名：( )<br><br>その症状の痛みや辛さを数字で表すとどれくらいですか？<br>痛くない・辛くない ← 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 → 痛い・辛い  |   |        |                      |                         |
| いつごろからその症状に悩んでいますか？ 例：(腰は1年前から、肩こりは半年前くらいから) ※主訴以外でも可  |   |        |                      |                         |
| どんな時にその症状が出ますか？ 例：(椅子から立ち上がる時に腰が痛い) ※主訴以外でも可   |   |        |                      |                         |
| その症状が出たキッカケがあれば教えてください 例：(仕事がデスクワークに代わってから・3年前の交通事故)   |   |        |                      |                         |
| 症状を改善させるために今まで受けた治療は？<br>整形外科 内科 産婦人科 整体・カイロ・鍼灸・<br>マッサージ・その他 ( )  |   |        | 現在、何かお薬を飲んでいませんか？    |                         |

# ヒアリングシート裏面

あなたはご自身の体をどのような体にしていきたいのでしょうか？

あなたの思い描く健康な状態とは？ 例：(体の心配をせずに何でもチャレンジできる状態)

現在できなくなったり、支障が出ていることは？

普通の生活  仕事  勉強  運動  旅行  家事  子育て  趣味  
 その他 ( )

今回、宝塚カイロに来院されたあなたは、その健康目標に向かってどのようにしていきたいですか？

今かかえている症状が取ればそれでいい【症状改善 stage1】  
 症状を取るだけでなく、根本的に治したい【根本改善 stage2】  
 再発しないようにしっかりと予防をして症状を安定させたい【再発予防 stage3】  
 体質改善の指導を受けて、もうこれ以上心身のことで悩まないようにしたい【健康増進 メンテナンス stage4】  
 心身の不調に邪魔されることなく、理想の生活を生涯送り続けるようにしたい【生涯健康 メンテナンス stage5】

何のためにその症状をわざわざやっているのでしょうか？ ※ちょっと難しい質問かもしれませんが、あえて原因ではなく目的という視点で見た場合、その症状を出してまで体があなたに気づいてもらいたかった事とは何なのでしょうか？

人間の心とからだは互いに影響しあっています 現在のあなたの心の状態を教えてください (複数回答可)

とても良好で何事にも前向きである  まあまあ良好で特に不安やストレスは感じていない  
 多少ストレスを感じていて良好とは言い難い  不安やストレスで落ち込んだり悩むことが多い  
 心療内科を受診したり向精神薬を服用している  体の症状だけでなく、心のサポートまで含めて治療を受けたい

日頃何か運動をされていますか？  はい  いいえ

ウォーキング  ジョギング  ヨガ  ピラティス  筋トレ  ダンス  
 その他 ( ) を  週  月 ( ) 日 ( ) 時間くらいしている

運動指導に関心がありますか？  はい  いいえ

※肩こりや腰痛、血行改善、ダイエット目的だけでなくメンタル面での悩みの方にも加圧筋力トレーニングをお勧めしています。  
必要であれば、改善計画に加圧筋力トレーニングを組み込んでみましょうか？  はい  いいえ

たばこは？  吸わない  吸う→1日 本くらい

アルコールは？  飲まない  飲む→週に 回くらい  
飲む場合、主に飲むのは ⇒ ビール・日本酒・ウィスキー・ワイン・焼酎

食生活について (0なし 5多め)

肉類 (0 1 2 3 4 5) 魚類 (0 1 2 3 4 5) 果物類 (0 1 2 3 4 5)  
野菜類 (0 1 2 3 4 5) 菓子類 (0 1 2 3 4 5) 炭酸飲料・コーヒー・お茶・水 ( ) 杯/1日

当院を何で知りましたか？

ご紹介 ( ) 様  店前のブラックボード  口コミサイト エキテンなど  
 ホームページ  その他 ( )

インターネットでは何という言葉で検索されましたか？ ( )

来院しやすい曜日と時間帯 (複数回答可)  月  水  木  土  日・祝 ※火・金曜日 定休

午前中 10~12時  昼間 12~16時  夕方 16~18時  夜 18~21時

今回のご来院を家族の方はどう思っていますか？

知らない  まあまあ賛成している  とても賛成している  反対している  無関心  内緒  
院内便りなどをいただいた住所に送らせていただいてもよろしいでしょうか？  はい  いいえ

家族の中で検査や施術を一緒に受けたい方はいらっしゃいますか？  はい  いいえ

続柄 ( ) が ( ) の症状で悩んでいて  
 検査を希望  施術を希望  現在治療中  検討している