

▼以下、ご記入ください。

お名前	ふりがな
	(男・女)
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 生まれ (歳)
ご住所	〒 _____ * マンション・アパート名は省略せずご記入願います。
お電話番号 ※当院から連絡してよい番号	① () _____
	② () _____
・ 長引く症状は日常生活と密接な関係があり、普段の姿勢や動き以外に、対人業務か否か、ストレス状況等も影響します。 ・ プライベートに関わることで、差し支えない範囲で構いません。 ・ 出来るだけ詳しく記入していただけますよう、ご協力をお願いします。	
◆ご職業・業務内容	◆勤務先の名称

●お悩みの症状の内容をお聞かせ下さい。 その症状がいつ頃からかも併せてご記入下さい。

- ① _____
 ② _____
 ③ _____

●今回の症状で、これまでに「病院」で診察を受けたことがありますか？

ない ・ ある→ ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 神経内科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 心療内科
☐ 頭痛外来 ☐ 眼科 ☐ 歯科 ☐ その他 (_____)

※可能な範囲で構いませんので、以下もご記入下さい。

医療機関名 : _____ 受診日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
 検査内容 : _____ 診断名 : _____
 治療内容 : _____

●今回の症状で、これまでにマッサージ・整体・整骨院などに行かれたことはありますか？

ない・ある→ 名称：_____ 施術時間：平均 _____ 分
☐週に2回以上 ☐週に1回 ☐2週に1回 ☐1ヶ月に1回 ☐不定期

●今回の症状で、これまでにパーソナルトレーニング・ジムなどに行かれたことはありますか？

ない・ある→ 名称：_____ 目的： _____
☐週に2回以上 ☐週に1回 ☐2週に1回 ☐1ヶ月に1回 ☐不定期

●今回の症状で、これまでに受けた施術についてお答えください。

★鍼(はり) ない・ある→ 受けた部位(首・肩など)： _____
☐週に2回以上 ☐週に1回 ☐2週に1回 ☐1ヶ月に1回 ☐不定期

★電気鍼(はり) ない・ある→ 受けた部位(首・肩など)： _____
☐週に2回以上 ☐週に1回 ☐2週に1回 ☐1ヶ月に1回 ☐不定期

★低周波 ない・ある→ 受けた部位(首・肩など)： _____
☐週に2回以上 ☐週に1回 ☐2週に1回 ☐1ヶ月に1回 ☐不定期

★注射 ない・ある→ 受けた部位(首・肩など)： _____
☐週に2回以上 ☐週に1回 ☐2週に1回 ☐1ヶ月に1回 ☐不定期

上記以外で受けた施術がございましたら、教えてください。

●現在、治療中の病気、もしくは持病がありますか？

ない・ある→(病名： _____)

●現在、服用している薬はありますか？

ない・ある→(お薬 _____)

服用の目的： _____

●過去に大きなケガ、交通事故、入院や手術をされた事がありますか？

ない・ある → (いつごろ： _____)(病名： _____)

●今までに薬や注射で副作用が出た事がありますか？

ない・ある → (薬の名前： _____ 副作用の症状： _____)

(薬の名前： _____ 副作用の症状： _____)

●女性の方のみお答え下さい。現在妊娠していますか？ いいえ・はい(ヶ月)・不明

●以下に思い当たるものがありましたら□に印をつけてください。(複数可です)

- ☐心臓ペースメーカー ☐重度の糖尿病 ☐狭心症 ☐肝炎 ☐HIV ☐出血傾向
☐アレルギー(具体的に: _____)

●治療に対する考えを教えてください。

わかる範囲で構いません。該当するものにのみチェック印をお願いします。(複数可)

- ☐ 今後のことはさておき、とりあえず今のツライ症状をどうにかしたい。
☐ 未来を見据えた根本治療を希望する。 ☐ 運動があまり好きではない。
☐ 現在の症状により生活に支障がある。 ☐ 治療における副作用が気になる。
☐ 刺激がソフトな施術を希望する。 ☐ マッサージは強めが好みである。
☐ 治療は心地よさよりも効果を第一に求める。 ☐ 良くなるのであれば、何でもやりたい。
☐ もみかえしやダウンタイム(一過性に症状が増加する期間)が出やすい。
☐ 鍼(はり)治療は苦手である。できれば行いたくない。
☐ 根本治療・方針・説明に納得すれば、治るまで一定期間通院することは可能である。
☐ 忙しくて基本的に定期的な通院が難しい。

●当院を受診された「きっかけ」をお教え下さい。

- ☐ 近くにお住まい、またはお勤めである。
☐ 家族が当院にかかっている (お名前: _____)
☐ 知人からの紹介 (お名前: _____)
☐ 当院のホームページを見て
☐ その他 (_____)

●当院への交通手段をお教えください。

- ☐自家用車 ☐タクシー ☐バス ☐徒歩 ☐自転車 ☐電車

●特に何かご要望がございましたらご自由にご記入ください

●当院より診察時間の変更や新しい治療法などのご紹介をお手紙・メールでお送りしております。

メールご希望の場合はメールアドレスをご記入ください。 ※お手紙不要の方はチェック→ ☐

e-mail: _____ @ _____

ご協力ありがとうございます。当日は3枚忘れずにお持ち下さいませ。

肩こり研究所

〒152-0004 東京都目黒区鷹番3-6-8 学大Y Sビル3F

Tel: 03-3713-7117