

Ishitani Health Center

Welcome To Our Office

Excellence in Holist Care

日付 _____

お名前 _____ 希望される呼ばれ方 _____

住所 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

E-mail _____

SS # _____ 生年月日 _____ 年齢 _____

職種 _____ 勤務先 _____

勤務先に連絡してもよろしいでしょうか？ いいえ はい 勤務先の電話番号# _____

配偶者の有無 独身 既婚 別居 離婚 未亡人

配偶者の名前 _____ 電話番号 _____

お子様のお名前と年齢 _____

ペットは飼われていますか いいえ はい 何を飼われていますか？ _____

趣味と興味のある事を教えてください _____

緊急連絡先: お名前 _____

続柄 _____ 電話番号 _____

来院内容を教えてください

カイロプラクティックは初めてですか？ いいえ はい

医院名 _____ 電話番号 _____

治療に満足されましたか？ no yes

当院をどのようにお知りになりましたか？ご紹介であれば名前をご記入ください _____

患部の原因や内容 職場 スポーツ 事故 ケガ 他 _____

いつどのように痛めましたか _____

弁護士（該当する場合） _____ 電話番号 _____

他の病院・医者で治療継続されていますか？ いいえ はい

病院と治療内容を教えてください _____

現在服用している薬

現在服用しているサプリメント

現在妊娠されていますか？ いいえ はい 現在何か月ですか？ _____

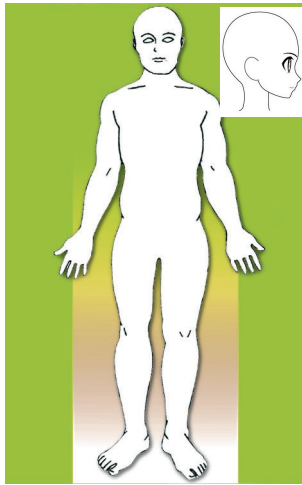
現在の健康状態

症状について教えてください _____

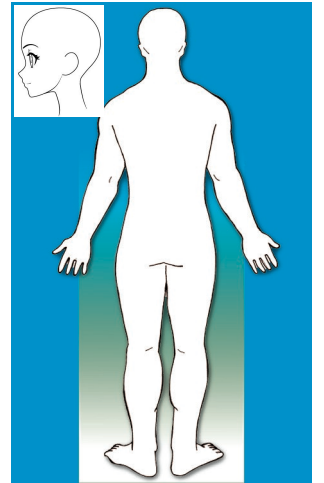
発症した時期 _____

現在 悪化している 改善している 常にある 時々 よく分からない

症状の部位を○で囲んでください。症状があるためにできないことやすると悪化することを記入してください。



1 _____
2 _____
3 _____
4 _____



1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

患部の状態 痛み

しびれ 神経痛 鈍痛

痛みの種類 鋭い

鈍い ズキズキ 断続的 一時的

生活で支障のある動作 座る

立つ 歩く

曲げる

横になる

気候

その他

その他の場合の説明 _____

以下の症状 痙攣/つるような感覚 焼けるような痛み 凝り 腫れている その他

その他 _____

支障をきたす事柄 仕事 睡眠 日常生活

遊ぶ その他 _____

過去に似たような症状がありましたか？交通事故、転倒・転落やスポーツのケガなどが原因になりえることがあれば記入をお願いします。

病歴

下記の症状はありますか・ありましたか？

- 肺炎 おたふく風邪 インフルエンザ リウマチ熱 天然痘
 胸膜炎 ポリオ 水疱瘡 甲状腺異常 糖尿病
 てんかん 癌 鬱 百日咳 貧血
 湿疹 麻疹 関節炎 心臓病 発疹
 大腸炎 脳卒中 アレルギー その他 _____

- 嗜好品の有無 コーヒー 紅茶・お茶 アルコール
 タバコ 麻薬 人工甘味料 砂糖

下記の病気や症状が出たことはありますか？(当てはまるものすべてにチェックをしてください)

- 首の痛み 呼吸困難 尿の色の異常
 腰の痛み 鼻づまり ガス溜まり
 頭痛 失神 胸やけ
 強い頭痛 減量 過敏性腸症候群
 腕の痛み/しびれ 食欲不振 黒、血の混じった糞便
 肩の痛み 食欲旺盛 便秘
 手の痛み/しびれ 過敏症 痔
 脚の痛み/しびれ 統合失調症 肝臓の問題
 顎の痛み 鬱 麻痺
 胸の痛み 歯の問題 痺れ
 肺疾患 異常な喉の渴き 疲労
 心臓病 頻繁な吐き気 めまい
 血圧 前立腺の問題 睡眠不足
 不整脈 胸元の痛み/しこり 難聴
 足首の腫れ 生理痛 耳の痛み
 冷え性 排尿時に痛み 他 _____
 目のかすみ 膀胱炎
 視界不良 頻尿

月経期間・前回の日付 _____

過去のケガが現在の症状の原因になっている場合もあるので当てはまるものにチェックを入れてください

- 落下/事故 頭部にケガをしたことがある 喧嘩 手術
 スポーツによる怪我 骨折 脱臼 その他
 脊椎穿刺 強い衝撃で意識不明 牽引 _____
 松葉杖を使用したことがある 大がかりな歯の治療をしたことがある 歯に詰め物や入歯

“はい” の場合の状況を説明してください

カイロプラクティックについて

どんな治療をするところだと思いますか？ _____

ご友人や親戚でカイロプラクティックに通院されている・いた方はいますか？ : いいえ はい

通院理由をご存知ですか？

- 健康維持/快適に過ごすため
 健康に問題があるため 両方

ご自身のカイロプラクティック通院理由

- 健康維持/快適に過ごすため
 健康に問題があるため 両方

カイロプラクティックの治療になにを期待されていることは？ _____

その他健康や体調のことで医師に伝えておくことはありますか？ いいえ はい

“はい” の場合は記入してください _____

DR. フマイラの栄養コンサルテーションにご興味はありますか？

健康促進と栄養学は密接な関係にあります。豊富な知識でどのような食事が望ましいかカウンセリングし栄養指導をさせていただきます。石谷ヘルスセンターの患者様ためだけの特別割引もあり、保険でカバーされる場合もあります。

詳細をお聞きになりたい場合は、このボックスに **チェックマーク** をつけてください。

支払い義務について

お支払いの責任者のお名前 _____ お支払い方法

現金 チェック クレジットカード

カード番号 # _____ 有効期限. _____

保険会社 _____ 電話番号 # _____

ID # _____ Group # _____ Subscribers's name

_____ Phone # _____

Relation _____ Subscriber's employer _____

Subscribers's SS # _____ Subscriber's birthdate _____

The above is accurate to the best of my knowledge.

(signature)

(date)

I, parent/guardian, give permission for minor's care.

(signature)

(date)

※海外旅行保険をお持ちの場合はお申し出ください※