

# 初見聞取書

初見日 年 月 日

名前	ふりがな	生年月日 及び年齢	年 月 日 歳
住所	〒	連絡先 及び携帯	
	ご案内等を送らせて頂きます。		

● 妊娠している方・風邪等病気にて体調が良くない方・アルコールを飲んでられる方は施術出来ません。

● 施術中・痛み・違和感・不快感を感じられた場合、しっかりとした意思表示をお示しください。

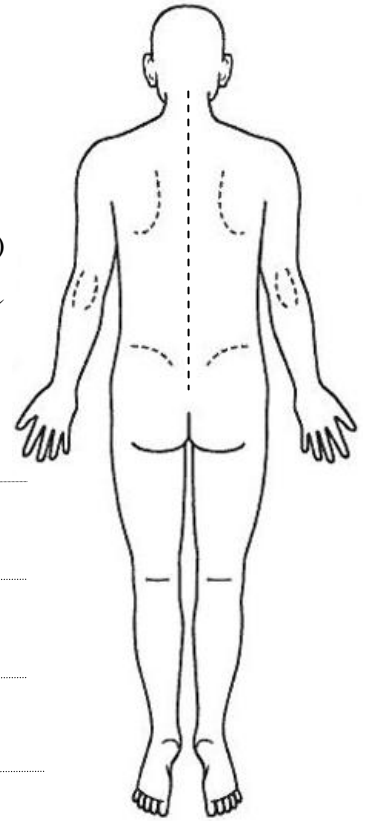
● 希望コース…A～D を○で囲んで下さい。 (予約時お知らせください A～D 標準施術費¥4,000-)

**A 念入り全身施術**    **B 痛み箇所全身施術**    **C 美容整体**    **D ボディケア施術 (足つぼ・リンパ)**

- ・痛むか所を整形外科病院にて見て頂きましたか？ ( はい・ いいえ )  
「はい」とお答えの方に…レントゲン (あり・なし) 骨に問題 (あり・なし)  
診断日( ) 診断内容( )
- ・2年以内に他の治療院へ通院していましたか？ ( はい・ いいえ )  
「はい」とお答えの方に…その種類・悪い箇所・通院回数はいくつ？
- ・治療院種類…マッサージ店・鍼灸院・整体院・接骨院・その他( )  
悪い箇所( ) 回通院 揉み返し…あり・なし

\*右図へ痛み箇所に○を付けて下さい

余白に、いつ頃から、どの様な時、どの様に痛むかお書き下さい。



姿勢矯正 スッキリ感  
OK / NO 有 / 無

和整体記入

首(N)・・・患者さんが感じる違和感 (良好・違和感・痛む) 下記詳細

下方…N1(良・違・痛) 上方…N2(良・違・痛) 左横…N3(良・違・痛) 右横…N4(良・違・痛)

肩(S)・・・患者さんが感じる違和感 (良好・違和感・痛む) 下記詳細

前方から上方へ 右…S1(良・違・痛) 左…S2(良・違・痛) 傾斜角度 右 ( 度) 左 ( 度)

横方から上方へ 右…S3(良・違・痛) 左…S4(良・違・痛) 傾斜角度 右 ( 度) 左 ( 度)

腰(H)・・・患者さんが感じる違和感 (良好・違和感・痛む) 下記詳細

前屈…H1(良・違・痛) 後方そらし…H2(良・違・痛) 右回し…H3(良・違・痛) ・左回し…H4(良・違・痛)

右斜前屈…H5(良・違・痛) 左斜前屈…H6(良・違・痛)

坐骨神経痛気味・ヘルニア気味