

## カウンセリングシート

お名前	生年月日 年 月 日	ご職業
住所 〒	電話番号 — —	メールアドレス

### 一番気になっている症状について教えてください\*

#### 自覚のある症状にチェックを入れてください（整形外科領域）

- |                                    |                                      |  |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭痛        | <input type="checkbox"/> 腰背部痛        | <input type="checkbox"/> 膝関節痛          |
| <input type="checkbox"/> 頸・肩こり     | <input type="checkbox"/> 臀部～下肢の痛み・不調 | <input type="checkbox"/> 手指の変形・痛み・手関節痛 |
| <input type="checkbox"/> 肩関節痛・動作制限 | <input type="checkbox"/> 股関節痛・動作制限   |  |

#### 自覚のある症状にチェックを入れてください（内科領域）

- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 眩暈・立ちくらみ・貧血    | <input type="checkbox"/> 下痢気味     | <input type="checkbox"/> アトピー・アレルギー・花粉症 |
| <input type="checkbox"/> 冷え性・のぼせ症       | <input type="checkbox"/> むくみ・足がつる | <input type="checkbox"/> 皮膚疾患・乾燥肌       |
| <input type="checkbox"/> 生理不順・PMS・更年期障害 | <input type="checkbox"/> 眼精疲労     |   |
| <input type="checkbox"/> 便秘がち           | <input type="checkbox"/> 耳鳴り      |   |

#### 自覚のある症状にチェックを入れてください（メンタル）

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ストレス・イライラ        | <input type="checkbox"/> 眠れない・眠りが浅い・中途覚醒 | <input type="checkbox"/> 夢をよく見る |
| <input type="checkbox"/> 落ち込みやすい、気分が安定しない | <input type="checkbox"/> 疲れやすい           |                                 |

#### 気になっている症状にチェックを入れてください（美容鍼ご希望の方）

- |                              |                                |                              |
|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しわ  | <input type="checkbox"/> しみ    | <input type="checkbox"/> くすみ |
| <input type="checkbox"/> たるみ | <input type="checkbox"/> 毛穴の開き |                              |

#### 病院で治療中または診断のついた病気があればお書きください

#### 消毒用アルコール・金属のアレルギーはありますか

- |                                |                             |                             |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> アルコール | <input type="checkbox"/> 金属 | <input type="checkbox"/> なし |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

#### これまでに鍼治療を受けたことがありますか

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
|-----------------------------|-----------------------------|

鍼治療を受けたことがある方で、体調が悪くなったことがある方は症状をご入力ください。

#### 運動習慣がある方は、頻度と内容を教えてください

#### 平均睡眠時間はどのぐらいですか

#### 食生活について教えてください

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 規則正しくとれている。   | <input type="checkbox"/> 冷たいものが好きでよく食べる | <input type="checkbox"/> 食後に胸焼け、胃もたれ、膨満感 |
| <input type="checkbox"/> 甘いものが好きでよく食べる | <input type="checkbox"/> 味付けは濃い方        | <input type="checkbox"/> 食べすぎる           |
| <input type="checkbox"/> 辛いものが好きでよく食べる | <input type="checkbox"/> お酒をよく飲む        | <input type="checkbox"/> 食べられない、食欲がない    |

#### 以下に該当する場合、鍼灸治療が制限される場合がありますのでご相談ください

- |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中              | <input type="checkbox"/> 糖尿病       | <input type="checkbox"/> 該当するものはない |
| <input type="checkbox"/> 現在、病院で治療中の部位への刺鍼 | <input type="checkbox"/> 感染症に罹っている |                                    |
| <input type="checkbox"/> 出血性疾患            | <input type="checkbox"/> 発熱している    |                                    |