

Dr. Yoshida CHIROPRACTIC

<初回インタビューシート>

このインタビューシートはあなたの健康状態を把握するうえで大変重要なデータとなります。ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくスタッフへお尋ね下さい。

フリガナ ()

氏名/Name : _____ 性別/Gender : 男性/Male ・ 女性/Female

生年月日/DOB : _____年/Y _____月/M _____日/D 年齢/Age : _____才

住所/Address : 〒 _____

電話番号/Phone #1 : _____ 電話番号/Phone #2 : _____

E-mail : _____ ご職業/Occupation : _____

当院では小さいお子様からご高齢の方までのファミリーケアを理念としております。

お子様について/Number of children : () 人 歳 歳 歳 歳

当院は多くの方からのご紹介を頂いております。どのようにお知りになりましたか? How did you find us?

ご紹介/Referral (ご紹介者名/Whom) _____

ホームページ/Website (検索キーワード例: 恵比寿 頭痛) _____

エキテン フェイスブック/Facebook 看板/Signboard その他: _____

当院に来院された理由をお選びください。(複数回答可)/ What are you looking for?

症状改善/Symptomatic relief 姿勢改善/Posture improvement 予防ケア/Wellness care

健康チェック/Physical check-up セカンドオピニオン/Second opinion

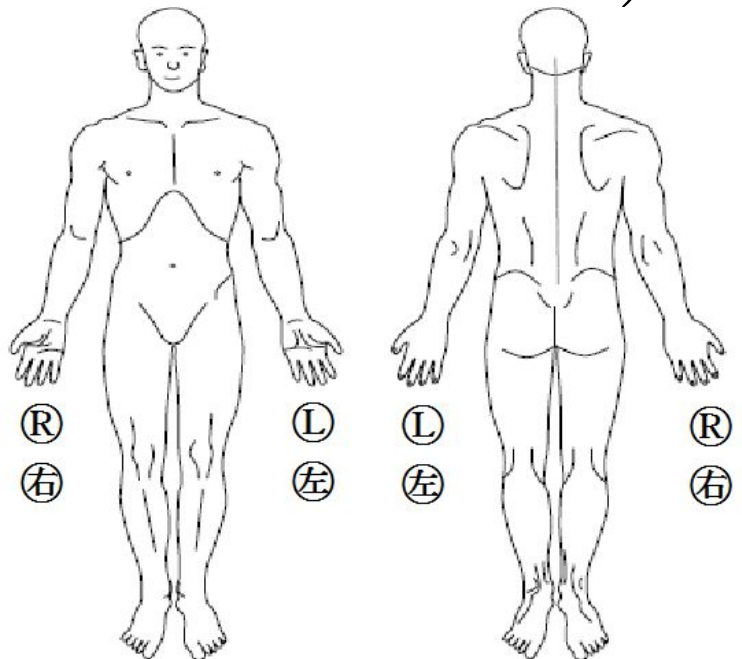
産前・産後ケア/Perinatal & Postnatal care その他/Other reasons _____

あなたの来院された理由、または健康上の問題、悩みは何ですか? What brings you in today?

()

痛み等の症状がある箇所に×印を記して下さい。

Please draw the location of your symptoms on the chart.



身体の不調,症状を感じ始めたのはいつ頃からですか？ When did it start?

()

交通事故、大きなケガや骨折をしたことはありますか？ Please describe if you have had major accidents or injuries.

()

入院または手術を経験されたり、心臓病や発作の経験はありますか？ Have you ever had surgery, heart attack or stroke before?

ある/Yes ない/Never

理由/Details ()

いつですか？/When? ()

現在服用している薬はありますか？ Are you taking medications?

はい/Yes ない/No

薬剤名/What kind of medicine? ()

精神的ストレスはありますか？（仕事、介護、プライベート等） Are you feeling stressed?

はい/Yes ない/No

過去に抑うつ、パニック発作等ありましたか？ Details ()

過去にカイロドクター（または国際基準の資格保持者）から施術を受けたことはありますか？ Have you seen a chiropractor before?

ある/Yes ない/No いつ 期間/When & How long? ()

治療院名/Name of chiropractor or office ()

あなたのご家族はカイロプラクティックケアを受けるにあたりどのようにお考えですか？ How does your family think that you are going to take chiropractic care?

積極的に賛成/Quite agree どちらかと言えば賛成/In favor of it 反対/Disagree 無関心/Indifference

来院することは知らない/They do not know that I am here to take chiropractic care.

☆痛みが無くなったり、健康になったら何をしたいですか？ 目標や趣味は何ですか？ What are your goals? Do you have something to do if you get pain or discomfort free?

日常生活 仕事 学業 家事 趣味 スポーツ セックス 育児・子供との時間 旅行

その他の目標や趣味 ()

Dr.Yoshida CHIROPRACTIC 院でカイロプラクティックケアを受けるにあたり、当院が定める個人情報取り扱いに基づき同意します。※18歳以下の方は保護者の方がご署名ください。

ご署名: _____ 年 月 日 ID: _____ CAT: _____