

年 月 日

心音 ケア記録

紹介者()

ふりがな

氏名 _____ 生年月日(S H 年)西 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

住所 〒 _____ 電話 _____

メールアドレス _____ ご職業(内容) _____

ご趣味 _____ 身長 _____ cm 非妊時体重 _____ kg

運動歴 _____ アレルギー(なし、あり _____)

1日の過ごし方について(起床、食事、就寝、など)

_____	_____	_____	_____
0(時)	6	12	18
			24

1・どのような症状でお困りですか

痛みなど気になる箇所に○をつけて下さい

2・それはいつ頃からですか、原因となるきっかけはありましたか

3・今の症状で、現在・過去に治療を受けていますか

・病院/治療院名 _____

・診断名、治療方法 _____

・その治療法の結果(良くなった・変わらない・悪くなった・他 _____)

・現在、投薬を受けていますか。(なし、あり 薬品名 _____)

4・痛みや症状はどのような時に起きますか 例 立ち上がる時 朝起きる時など

5・痛みや症状が楽になる姿勢はありますか

6・痛みや症状がなくなったら、何ができたら嬉しいですか

7・生理は(順調、不順 _____ 日周期)(生理痛なし、自制内、強い)(常用薬なし、あり _____) (閉経… _____ 才)

8・婦人疾患はありますか、手術歴はありますか

子宮筋腫(なし、あり _____) 卵巣嚢腫(なし、あり _____) 乳腺疾患(なし、あり _____)

9・その他、内臓疾患や精神疾患はありますか(なし、あり _____)

10・便通は(_____ 回/ _____ 日)(普通便、軟便、下痢、コロコロ便) 下剤使用(なし、あり _____)

11・体質は 肩こり・冷え性・むくみ・胃弱・ストレス・不眠・発汗(多・少)・帯下(多・少)・神経性過敏・低体温
アトピー・高血圧・貧血・ニキビ・その他(_____)

12・ご妊娠歴は(なし、あり _____ 回)、ご出産歴 ① _____ 年 月 日 _____ g(経膈、帝切開)

② _____ 年 月 日 _____ g(経膈、帝切開)、 ③ _____ 年 月 日 _____ g(経膈、帝切開)

13・妊婦の方へ。予定日はいつですか

_____ 年 月 日 (本日は _____ 週 日)

14・他に伝えておきたいことがあればご記入下さい

【ご確認お願いいたします】当サロンでの整体やよもぎ蒸しは医療行為ではありません。ご署名 _____

