身体スッキリ!!　カウンセリングシート

来店日　平成　　年　　月　　日

フリガナ

お名前　　男・女　生年月日(西暦)　　年　　月　　日(満　　才)

ご住所

〒　　-

自宅電話

携帯電話　　職業　　身長　　体重

★ご案内等のお便りをさせていただいても宜しいでしょうか？　　□はい　　□いいえ

★当店を何でお知りになりましたか？

□ご紹介(　　様)　□通りがかり　□地下鉄看板　□web（　　）

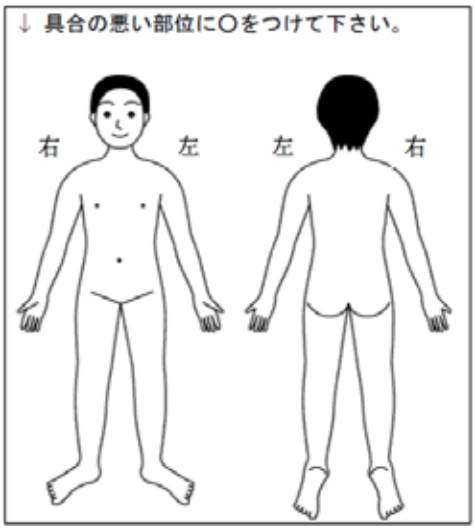
□さいとう整形外科リウマチ科　□福利厚生クラブ　□ポケットティッシュ　□その他（　　）

いつからどのようなコリや疲れがありますか？

□ _____年 _____月 _____日から

□ _____(日・ 週間・ ヵ月・ 年)前から

内容



お仕事の内容について教えてください。

どのような姿勢が多いですか？

（　　）

どのような動作が多いですか？

（　　）

1 日の中でパソコンを使っている時間は？　_____時間

1 日の中でスマートフォンを使っている時間は？　_____時間

趣味・されているスポーツはありますか？　（　　）

幼少期より今までのケガと部位について記載してください。（　　）

今までにかかった病気を○で囲んでください。

□ない　□あり　糖尿病・高血圧・高脂血症・胃/十二指腸潰瘍・リウマチ・痛風・がん・喘息

脳疾患・肝臓病・心臓病・腎臓病・うつ病・統合失調症・その他(　　)

血液をサラサラにしたり、固まりにくくするようなお薬は内服していますか？

□ない　□あり　お薬の名前(　　)

軟膏やクリームでアレルギーや皮膚炎を起こしたことはありますか？

□ない　□あり　軟膏やクリームの名称(　　)

過去に怪我や病気で手術を受けたことがあればお答えください。体内に金属は入っていますか？

□ない　□あり　手術名(　　：　　年)（　　：　　年)

たばこは吸われますか？　□吸わない　□吸う（　　才から　1 日　　本　　年間)

女性の方へ：妊娠している可能性はありますか？　□はい　□いいえ

女性の方へ：現在生理中ですか？　□はい 生理直前・生理中(　日目)　□いいえ