

1、お客様情報

フリガナ		誕生日 DOB 西暦 年(Y) 月(M) 日(D)	
名前 Name		年齢 Age	性別 Gender 男性 (M) 女性 (F)
住所 Address	〒		
電話番号 Phone		E-mail :	
職業 Occupation		ニュースレターをメールで受け取る: はい(Y) いいえ(N) Would like to receive news letters by email	
緊急連絡 Emergency	名前: Name	族柄: Relationship	電話番号: Phone
当院を何で知りましたか? How did you find us? ホームページ Home page    ちらし Brochure    広告 Advertisement    クチコミ Word of mouth 紹介 Referral (お名前 Name: _____) その他 Other( _____ )			

2、どうなさいましたか? What is going on?

・来院の理由 Reasons for visit:

- ①痛み Pain、②リハビリ Rehabilitation、③競技力向上 Performance Enhancement  
④他 Other \_\_\_\_\_

・いつまでに改善したいですか? How soon would like to improve the condition?

- ①\_\_\_\_\_週間後 in weeks、②\_\_\_\_\_ヶ月後 in months、③\_\_\_\_\_年(Y)\_\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_\_日(D)

・問題/心配がある部位にXを付けてください。 Mark X on the body parts that you have concerns.

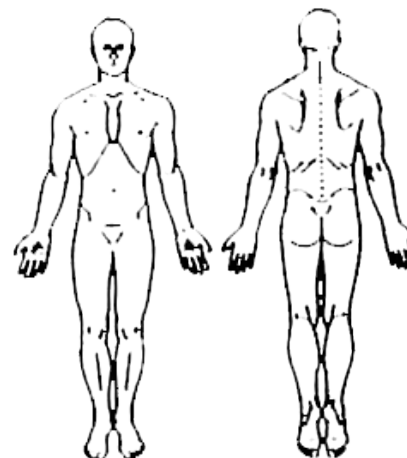
・複数ある場合、どこが一番気になりますか?

If you have multiple locations, where is the most concern?

\_\_\_\_\_

・その問題/心配は何ですか? What are the problems/concerns?

- ①違和感/こり Discomfort/tightness、②腫れ Swelling、  
③動きが悪い/可動域 Decreased range of motion、  
④痛み Pain、⑤力が入らない Weakness、  
⑥しびれ Tingling、⑦無感覚 Numbness、  
⑧その他 Other \_\_\_\_\_



・いつその問題/心配が始まりましたか? When are the problems begin?

- ①今日 Today、②\_\_\_\_\_日前 Days ago、  
③\_\_\_\_\_週間前 Weeks ago、④\_\_\_\_\_ヶ月前 Months ago、  
⑤\_\_\_\_\_年前 Years ago、⑥\_\_\_\_\_年(Y)\_\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_\_日(D)

・その問題/心配の状態はどう変化していますか? How have the problems/concerns been changed?

- ①悪くなっている Getting worse、②変わらない Not been changed、③良くなっている Getting better

- その問題/心配は何の妨げになっていますか? Does it interfere with your

①睡眠 Sleep、②日常動作 Daily activities、③仕事 Work、④運動 Exercises、⑤その他 Other \_\_\_\_\_

### 3、痛みについて Regarding pain (痛みが無ければ次のセクションへ If you do not have pain, go to next section.)

- どんな痛みですか? What type of pain?

①鋭い Sharp、②鈍い Dull、③ズキズキ Throbbing、④チクツと Pricking、⑤刺すような Stinging、

⑥キリキリ Gripping、⑦焼けるような Burning、⑧その他 Other \_\_\_\_\_

- いつ痛いですか? When do you feel pain?

• 時間帯(Time): ①朝起きた時 When getting up in AM、②午前中 AM、③午後 PM、④夜 at Night、  
⑤寝ている時 While sleeping、⑥常に痛い Constant

• 動作(Activity): ①じっとしている時 Rest、

②日常動作をしている時 w/ Daily activities、どんな動作 What activities \_\_\_\_\_

③運動をしている時 w/ Exercises、どんな運動 What exercises \_\_\_\_\_

- 現在の痛みのレベル Pain level: 無 None 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最大 Max

### 4、病歴 Medical History

- 現在治療中の疾患は何ですか? Which condition do you have?

①無い None、②高血圧 High BP、③糖尿病 Diabetes、④心疾患 Heart problems、

⑤脳疾患 Neurological problems、⑥骨粗鬆症 Osteoporosis、⑦骨折 Fracture、

⑧皮膚疾患 Skin problems、⑨その他 Other \_\_\_\_\_

- 体内に金属類がありますか? Do you have metal implants?

①無い None、②ペースメーカー Pacemaker、③人工関節 Joint replacement、

④その他の金属 Other \_\_\_\_\_

- 過去の大きな怪我 List your past major injuries. • 過去に受けた手術 List your past surgeries.

- 摂取している薬 List your current medication. • 摂取しているサプリメント List your current supplements.

### 5、生活習慣 Social History

- 喫煙 Smoking: 1日に何本 How many a day? \_\_\_\_\_ • 飲酒 Alcohol: 週に何日 How many days a week? \_\_\_\_\_

- コーヒー Coffee/カフェイン Caffeine: 1日に何杯 How many cups a day? \_\_\_\_\_

- 水 Water: 1日に何杯 How many cups a day? \_\_\_\_\_

- 運動 Exercise: 週に何日 How many days a week? \_\_\_\_\_、何を What exercises? \_\_\_\_\_

- 仕事の形 Work Style: ①座り仕事 Sitting ②立ち仕事 Standing ③重い物を持つ Heavy Labor

- ストレス Stress Level: ①大 High ②中 Medium ③小 Little、理由 Reasons \_\_\_\_\_

### 6、女性の方へ Female patient

- 妊娠中またはその可能性がありますか? Are you pregnant or possibility of it? はい(Y)、いいえ(N)

妊娠中またはその可能性がある場合、セッションをお受けいただくことはできません。

We do not offer sessions if you are pregnant or possibility of it.

- 7、その他、何か伝えたいことはありますか? Are there anything you would like to tell?

自由診療(保険適用外)であることを理解した上でパフォーマンス インテグレーションでのセッションを受けます。

I understand that the sessions at Performance Integration are not covered by health insurance.

署名 Signature \_\_\_\_\_ 保護者 Guardian \_\_\_\_\_ 続柄 Relationship \_\_\_\_\_