

※はじめに以下の内容を必ず確認してください、ご理解とご同意をいただきましたら☑を入れてください  
(同意書を兼ねておりますので、未成年の方の場合は保護者の方のサインをお願いいたします)

- アラテックセラピーは、アナフィラキシーショックなど命にかかわる症状には施術いたしません  
(アナフィラキシーがある人でも直接関係のない症状は施術可能です)
- アラテックセラピーは、独自のアレルギー・過敏症の評価を行います。医療機関で行われる血液検査のような西洋医学的な診断行為はいたしません
- アラテックセラピーは、妊娠初期(安定期に入る前)の妊婦さんには施術いたしません
- アラテックセラピーは、アレルギー・過敏症の多くの症状の緩和に極めて効果的ですが、病原菌や感染症身体の構造的な問題、不耐症など、症状の原因が別にある場合には症状の緩和が進みづらいことがあります
- アレルギー・過敏症の原因物質を施術できるのは、1回の施術につき1つの物質となります  
アレルギー・過敏症の体質が複雑で、症状の原因に多くの物質が関わっている場合には、症状が無くなるまでに複数回に渡る施術が必要になります
- 効果の安定のため、施術の後2時間は、施術を行った原因物質を極力避けていただくことを推奨しています  
特に原因物質が飲食物であった場合、施術後2時間は水以外の摂取を行わないようにお願いしております
- 極まれにですが、施術後の好転反応で施術前よりも症状を強く感じるようになってしまう方がいらっしゃいます  
しかし、それらは一時的な反応で24時間程度で施術前よりも症状が良くなってきますのでご安心ください

		フリガナ		フリガナ	
上記内容を確認・同意しました				※保護者の方	
生年月日	西暦 年 月 日	血液型	型 不明	男 女	アナフィラキシー
郵便番号	〒 —	携帯番号	—	—	無し 有り 不明
ご住所	(※アパート・マンション等は部屋番号までご記入ください)				
ご職業		治療経験の有無	・鍼灸 ・マッサージ ・接骨院 ・整体 ・カイロ ・その他		
身長	cm	体重	kg	平熱	℃
キャンペーンのご案内や当院からのお知らせ等が不要な方はこちらにチェックを入れてください⇒ <input type="checkbox"/> 案内不要					

①どのようなアレルギーや過敏症で、いつからお悩みですか？ 気になっている順番に上位3つをお書きください  
(記入例 : 通年アトピー・生まれつき、春の花粉症で鼻水と痒みが止まらない・3年前から、サバを食べると蕁麻疹が出る・小学生から)

	どのような症状	いつ頃から
1		
2		
3		

②上記の症状で病院には行かれましたか？ 上の回答と番号を合わせ当てはまるもの全てに☑をしてください

1	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中止 <input type="checkbox"/> 薬使用 <input type="checkbox"/> ステロイド使用 <input type="checkbox"/> 薬中止 <input type="checkbox"/> アレルギー検査実施
2	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中止 <input type="checkbox"/> 薬使用 <input type="checkbox"/> ステロイド使用 <input type="checkbox"/> 薬中止 <input type="checkbox"/> アレルギー検査実施
3	<input type="checkbox"/> 行っていない <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 通院中止 <input type="checkbox"/> 薬使用 <input type="checkbox"/> ステロイド使用 <input type="checkbox"/> 薬中止 <input type="checkbox"/> アレルギー検査実施

③①の3症状以外に当てはまるものがある場合は☑や○をお願いします

- 胃腸消化器系の不調（逆流性食道炎、胃炎、吐き気、食後のだるさ、消化不良、腹痛、下痢、腸過敏など）
- 呼吸器系の不調（せき、ぜんそく、痰、喉のイガイガ、慢性鼻炎、副鼻腔炎、鼻詰まり、鼻水など）
- 原因不明な不調（頭痛、筋肉の痛み、倦怠感、疲労感、気力の低下、気分障害、気分の乱れなど）
- 環境要因による不調（季節の変わり目、気温の変化、気圧の変化、光が苦手、乗り物酔い、化学物質過敏など）

④そのほか(①以外)に、アレルギーや過敏症かも！？と疑われる症状があればお書きください

(記入例：庭仕事をすると身体が痒くなる、洗剤やゴム手袋で手が荒れてしまう、アルコールを摂取すると気分が悪くなる など)

⑤現在の症状のせいで思うように出来なくなり困ってしまっていることなどはありますか？

- 仕事    家事    育児    勉強    日常生活    趣味    スポーツ    旅行
- 睡眠    食事    外出    会話    笑うこと    心にゆとりを持つ    人と会うこと
- その他( )

⑥お身体の状態について当てはまるものに☑や○、または記入をしてください。

- ・現在、肩の関節に痛みや上がりづらいなどの症状はありますか？ ない ある（右肩・左肩）
- ・ヘルニア、すべり症、側弯、圧迫骨折など「背骨」の疾患はありますか？ ない ある(疾患名: )
- ・過去を含め、肝臓の問題がありますか？ ない 不明 ある(具体的に: )
- ・過去を含め、腎臓の問題がありますか？ ない 不明 ある(具体的に: )
- ・血管(血流)の問題がありますか？ ない 不明 ある(具体的に: )
- ・冷えの自覚がありますか？ ない ある(全身・半身・手・足・お腹・腰・その他: )
- ・むくみの自覚がありますか？ ない ある(顔・全身・半身・手・足・お腹・その他: )
- ・体前屈で手は？ 掌が床にしっかりつく 指の付根ぐらまでつく 指先だけつく つくつかないか 無理
- ・自覚（首肩こり・腰痛・股関節痛・もも痛・ふくらはぎ痛・肘痛・膝痛・手首痛・足首痛）
- ・睡眠リズムは？（規則的・不規則・昼夜逆転）
- ・睡眠時間は？（7時間程度・8時間以上・6時間未満・バラバラ・その他: )
- ・睡眠の質は？（朝まで熟睡・途中1,2回目覚める・何度も目覚める・寝ても疲れが抜けない）
- ・食事リズムは？（規則的・不規則・1日3食・1日2食・1日1食・間食する・間食しない）
- ・食事の量/質は？（大食・普通・少食・好き嫌い無し・好き嫌い多い・好き嫌い少ない・偏食）
- ・良く摂るものはありますか？（牛乳・小麦・砂糖・加工肉(ハム、ソーセージ等)・炭酸(ビール含む)）
- ・水分の1日あたりの摂取量は？記入してください。例)水を1ℓ コーヒー(ブラック)2~3杯 ビール350ml

- ・1日の排尿傾向は？（ 3回以下 ・ 4～7回 ・ 8回以上 ・ 就寝中0～2回 ・ 就寝中3回以上 ）
- ・排便傾向は？（ 規則的 ・ 不規則 ・ 便秘傾向 ・ 下し気味 ・ 便秘と下痢を繰り返す ・ 頻回便意 ）
- ・運動習慣があればご記入ください。 例)週1ジムで筋トレ1時間 毎日30分程度ウォーキング 週末にテニス

---

⑦妊娠はされていますか？ いいえ はい( カ月) わからない 妊活中

---

⑧アレルギーに関わらず使用中のサプリメント類がありましたらご記入ください。

---

⑨アレルギーに関わらず使用中のお薬(漢方を含む)がありましたらご記入ください。）

---

⑩その他、持病、過去の手術、交通事故の経験等がありましたらなるべく詳しくご記入ください。）

同じような症状でお悩みの方のために、あなたの症例をHPやブログ等でぜひ紹介させてください⇒ はい ・ いいえ  
患部、もしくはお顔等の写真を使わせていただけますか？ ⇒ 患部のみOK ・ 顔もOK ・ 目のモザイクで顔OK

臨床研究対象と当院が判断した症状や疾患に対しては、稀に施術モニターをお願いさせていただくことがあります。その際  
臨床データなどを資料や題材として2次利用させていただくこととなりますがご協力いただけますか？⇒ はい ・ いいえ

※ご記入いただいた情報は、個人情報保護法に基づき、厳重に取り扱います。  
当院の業務に関すること以外には、いっさい使用いたしません。

---

メモ