

※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、独自のアトピー・アレルギーの評価を行います、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、アトピー・アレルギー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)				
メール	@				
きっかけ	紹介()様 Google 公式ホームページ Instagram エキテン 鍼灸コンパス その他				
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	°C
		血压	()/()		
当院からご自宅へのご案内や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					

◇来院の目的 ○印をお願いします

きちんと治していきたい 強い症状を抑えられればいい なるべくセルフケアしたい その他()

◇今回の症状に関して、特に知りたいことや聞いておきたいことなどがありますか

特になし ある()

◇あなたにとっての『健康』とはどのような状態ですか

()

◇症状が治まったらやりたいことがありますか、また “いつ～までに良くなりしたい” 等の具体的な目標はありますか

()

◇現在の主訴のつらさは10段階でどれくらいですか、○印をお願いします

( とても良い ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨  とても辛い)

①いつごろからどのような症状でお悩みですか？ 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：生まれつき/通年アトピー、3年前から/春の花粉症で鼻水と痒みが止まらない、小3から/サバを食べると蕁麻疹が出る)

	いつから	どのような症状
1		
2		
3		

* 書ききれない場合は、最期のページ等にご記入ください

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○印をしてください

	行っていない	通院中	通院中止	検査受けた	薬使用	薬中止
1						
2						
3						

③主訴も含め気になること(場所)を教えてください。アレルギーと関係のないことも含めて○印をお願いします

頭・首・肩・腕・手・のど・胸・腹・腰・膝・大腿・足・肛門・その他()
 咳・痰・鼻水・くしゃみ・鼻詰まり・咽のイガイガ・耳鳴り・自律神経・栄養状態
 下痢・便秘・消化不良・胸やけ・吐き気・嘔吐・食欲不振・食後倦怠感・体重減少/増加
 発熱・寒気・だるさ・めまい・ふらつき・動悸・息苦しさ・不眠・不安・うつ・ストレス
 疲れ・気分の乱れ・その他()

④幼少期も含め、かかったことのある病気を教えてください。○印をお願いします

脳卒中・心臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常・痛風・腎臓病・肺炎・結核
 喘息・咳喘息・アトピー・花粉症・鼻炎・副鼻腔炎・逆流性食道炎・胃炎・過敏性腸
 B型肝炎・C型肝炎・蕁麻疹・精神系疾患・その他()

⑤手術の経験はありますか ()内には詳細をお願いします

なし・あり()

⑥下記のグループでなにかアレルギーのあるものはありますか

薬() 金属()
 食べ物() 飲み物()

⑦薬剤の使用歴を教えてください。* 主訴以外にも使われているお薬があればご記入をお願いいたします。

現在：なし・あり (ステロイド・安定剤・睡眠薬・抗うつ剤・漢方・その他)
 過去：なし・あり (ステロイド・安定剤・睡眠薬・抗うつ剤・漢方・その他)
 その他薬剤:()

⑧食事についてうかがいます。

・○印と()内へ詳細をご記入ください

好きなもの： 砂糖 小麦 牛乳 加工肉 炭酸飲料 お菓子 カロリーオフ製品
 発酵食品類 味噌汁

よく摂取するもの： 砂糖 小麦 牛乳 加工肉 炭酸飲料 お菓子 カロリーオフ製品
 発酵食品類() 味噌汁

食事の量/質： 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
 具体的にあれば ()

・○印と()内に詳細をご記入ください

朝食食べない・米・パン・麺・卵・肉・豆・味噌汁・スープ・野菜・海藻・乳製品・他()
昼食べない・米・パン・麺・卵・肉・豆・味噌汁・スープ・野菜・海藻・乳製品・他()
夕食食べない・米・パン・麺・卵・肉・豆・味噌汁・スープ・野菜・海藻・乳製品・他()
間しない・たまに・毎日・チョコ・アイス・クッキー・和菓子・飴・せんべい・小魚・豆・他()

飲み物……………コーヒー[1日 杯]・紅茶・緑茶・麦茶・ほうじ茶・炭酸飲料・他[]
水……………飲まない・飲めない・飲む [1日に ml・リットル]
サプリメント/……………摂らない・摂る・摂っていた []
アルコール類……………飲まない・飲めない・飲む [毎日 週に 回]・やめた [歳まで飲んでいた]
タバコ類/……………吸わない・吸っている [1日 本箱]・やめた [歳まで吸っていた]

⑨お身体の状態について当てはまるものに○印と()内へ詳細をご記入ください

・○印と()内へ詳細をご記入ください

- ・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:)
- ・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:)
- ・シビレ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:)
- ・出血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:)
- ・しこり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 掌が床につく 指の付根ぐらいまでつく 指先だけつく つくつかないか 全くつかない

⑩生活習慣

・○印と()内へ詳細をご記入ください

- ・睡眠 [時頃] 寝て [時頃] 起きる / リズムは、規則的・不規則・昼夜逆転 他(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・朝起きられない)
- ・運動 しない・する (毎日 週に 回) / 散歩・体操・ジム・その他()
- ・入浴 湯舟に浸かる・シャワーのみ・どちらか・毎日に入らない) (きちんと温まる・ほぼ洗うだけ)
- ・発汗 よく汗をかく・あまり汗をかかない・寝汗をかく・突然発汗してしまうことがある
- ・排尿 3回以下・4~7回・8回以上・就寝中2回迄・夜間頻尿・残尿感・排尿時痛・濁り有
- ・排便 毎日・不規則・便秘傾向・[]日に1回・硬い・軟便・下痢・血便・他()

⑪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・通院中

⑫施術経過を判断するために撮影した写真、および症例などを当院内やWEB媒体等でどこまで使わせてくださいますか
あなたと同じ症状で悩まれている方々にとって、実際の症例がとても参考になりますのでぜひご協力お願いいたします
全面的に協力できます 症例のみを希望 顔にはモザイクを希望 仮名/イニシャル希望 患部の写真のみ
その他()

- ⑬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
その際は、臨床データなどを研究会の資料や題材として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

- ⑭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)

※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

来院当日はこちらの予診票を忘れずにお持ちください

また、お手元に血液検査データやアレルギー検査データがございましたら一緒にお持ちください

当院メモ欄