

コンサルテーションシート

初診日 20 年 年 日 曜日

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 歳
------------	--------------

〒
住所

電話番号(自宅)	(携帯)
----------	------

職業	家族構成 人()	結婚年数 年	血液型 型
----	-----------	--------	-------

* 当院での治療内容についてお聞かせください
(いつから通院されていますか？未妊？婦人科治療中？)

* 現在飲んでいる薬があれば教えてください。
(なし・あり)

* 現在、皮膚のトラブルはありますか？
(乾燥肌・敏感肌・アトピー性皮膚炎・化粧品によるかぶれ・その他)

* 過去にかかった病気・けが・手術の経験等がありますか？
(なし・あり)

歳 疾患名:
歳 疾患名:
歳 疾患名:

* 過去にアレルギーをおこしたことはありますか？
(なし・あり)

* 家族の中で糖尿病・高血圧・がん・肝臓病の方はおられますか？
(なし・あり)

関係() 疾患名:
関係() 疾患名:
関係() 疾患名:

* 一番おつらい症状は何ですか？

月経周期 日(規則・不規則)	最終月経 月 日 ~ 日間
月経前症状 なし・あり (具体的に:)	痛みやしんどさ なし・あり (具体的に:)

妊娠(出産)回数	閉経 歳	更年期症状 なし・あり (具体的に:)
----------	------	-------------------------

* 現在、不調のある部分に をしてください
(また触って欲しくないない部分に×をしてください)

首・肩(右・左)・腰・背中・足(右・左)・その他()

* その他に治療に関して何か要望はありますか？
(例:冷え性対策の運動法を教えてください・強めのマッサージが希望・消毒薬のアレルギーなど)

*嗜好品について

たばこ(吸う: 本/日・吸わない)
アルコール(全く飲まない・時々飲む・毎日飲む・たくさん飲む)
糖類(ほとんど食べない・時々食べる・毎日食べる・たくさん食べる)

*食生活について

時間(規則的・不規則)
外食の頻度: 回/週
こころがけていること:

*運動について (している・していない)

運動の種類
頻度: 回/週

*睡眠について

平均睡眠時間 時間
熟睡感はありますか?(あり・なし)
睡眠の状況(よく眠れる・寝つきが悪い・途中で目が覚める・その他())

*ストレスについて

(全く感じない・少し感じる・感じる・強く感じる)
ストレス発散方法:

*日常生活で何か悩みはありますか?

()

*「マッサージ・鍼灸・アロマセラピー」の経験 (あり・なし)

*サプリメント・健康食品などの使用や、ヨガなど身体のための何かしていることはありますか?

()

*好みの香りはありますか?

()

【ホリスティックケアの目的】

身体を内部から整え、冷えを改善し、リラックスなど心と身体に働きかけて治療のサポートします。

【アロマセラピーの方法】

精油と植物油を混ぜ合わせた物を手・足・背中へ塗布しトリートメントを行います。

【鍼灸の方法】

使い捨ての鍼を使い、経穴に鍼やお灸をして循環を良くします。

【ホリスティックケア後の注意点】

全身の体液循環が高まり、排尿量や排尿回数が増えますので、水分を多めに取ってください。
副反応として、血液中に老廃物が一過性に増えるために、身体のだるさ、眠気、頭痛などを感じることもありますが、ゆっくりと休んでいただければ改善します。皮膚に異常があった場合は教えてください。

【研究へのデータ使用について】

個人情報の取り扱いについて尊重します。経過などをデータにまとめて院内や学会発表させていただくことがあります。

同意書

私はホリスティックケアについて実施の目的・内容・方法・期待される効果・注意点の説明を受け十分に理解しました。研究へのデータ使用についても同意します。

平成 年 月 日 氏名