

## 仙台ゲゼンハイト・カイロプラクティック・オフィス

### 新規患者様申請書＜小児・15歳以下＞

仙台ゲゼンハイト・カイロプラクティック・オフィス(以下 SGCO)へようこそ！

カイロプラクティックは、自然で健康な人間としての本来の状態と、その可能性を考える「未来の医療」です。

SGCO では、本物のカイロプラクティック・ケアを通じて、訪れる皆さんがひとりももれることなく、ウェルネス:「最高に健康な状態」になるためのお手伝いと指導をしていくことを指標としております。

下記の質問は、ドクターがカイロプラクティック・ケアを通じて、お子様の健康状態の改善と維持のお手伝いができるかどうかを判断するための大切な内容です。すべてにご記入ください(保護者の方がボールペンでご記入ください)。もし不明な点がありましたら、スタッフにお気軽にお聞きください。

フリガナ

- お子様の氏名: \_\_\_\_\_
- 生年月日:西暦\_\_\_\_\_年(昭・平\_\_\_\_\_年)\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年齢:\_\_\_\_\_歳 性別:男/女
- 保護者の氏名:母:\_\_\_\_\_ 父:\_\_\_\_\_
- 保護者の職業:母:\_\_\_\_\_ 父:\_\_\_\_\_
- 住所: \_\_\_\_\_
- 電話番号:携帯:\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (母/父) ご自宅:\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- ご兄弟はいますか? はい : \_\_\_\_\_人:\_\_\_\_\_歳 いいえ

- SGC0 は、主に継続してカイロプラクティック・ケアを受けられている患者様、またはそのご家族や友人の方々からの紹介で成り立っています。どうやって当オフィスをお知りになりましたか？  
 紹介：紹介者名：\_\_\_\_\_  ホームページ／インターネット  セミナー／講演会
- 世界基準のカイロプラクティック・ドクター(Doctor of Chiropractic)から検査またはカイロプラクティック・ケアを受けたことがありますか？  
 はい  いいえ
- 以前カイロプラクティック・ケアを受けた際、精密検査の一部として、神経学的検査と脊柱全体像を調べるレントゲン撮影をしましたか？  
 はい  いいえ
- 以前カイロプラクティック・ケアを受けた際、初回の検査結果で、レントゲン画像を交えた説明がありましたか？  
 はい  いいえ
- 「脊柱のはたらきと神経情報伝達システムは、お互いに密接な関係があり、これらふたつ又はいずれかに問題や異常が起きると、からだの機能や健康に大きな悪影響を及ぼす」という説明を受けたことがありますか？  
 はい  いいえ
- **生活習慣について**
- 健康な食生活をしていると思いますか？  はい  いいえ
- 水(H<sub>2</sub>O)は飲みますか？  はい：一日\_\_\_\_\_ℓ  いいえ
- 甘いもの(お菓子・ジュースなど)や穀類(お米・パン・麺類)を食べますか？  
 はい：食事の全体の何割？ \_\_\_\_\_割  いいえ
- 食べ物の好き嫌いがありますか？  はい  いいえ
- 糖質の高い清涼飲料水やソーダなど、カフェインを含む飲み物を飲みますか？  はい：一日\_\_\_\_\_杯  いいえ
- 健康補助食品(サプリメント)を摂っていますか？  はい：サプリメントの品名&種類\_\_\_\_\_  いいえ
- 運動／エクササイズをしていますか？  はい：週に\_\_\_\_\_回 どんな？ \_\_\_\_\_  いいえ
- 良い姿勢をしていると思いますか？  はい  いいえ
- 座っていることが多いですか？  はい：一日\_\_\_\_\_時間  いいえ
- 精神的ストレス・トラウマで悩んでいますか？  はい  いいえ
- 学校・家庭内での対人関係等で悩んでいますか？  はい  いいえ

- お産について、当てはまるものに☑をつけてください  
自然(経膈)分娩 骨盤位(逆子) 帝王切開 鉗子・吸引分娩  
総合病院 産科医院 助産院 自宅出産 その他\_\_\_\_\_
- アプガー点 1分\_\_\_\_\_ 5分\_\_\_\_\_
- 妊娠中に何かトラブルはありましたか？  
はい \_\_\_\_\_  
いいえ
- 出産時に何かトラブルはありましたか？  
はい \_\_\_\_\_  
いいえ
- お子様に関し先天性の問題はありますか？  
はい \_\_\_\_\_  
いいえ
- 生まれてすぐに  
体が青くなる(チアノーゼ)ことはありましたか？ はい いいえ  
体が黄色くなる(黄疸)ことはありましたか？ はい いいえ
- 授乳について、当てはまるものに☑をつけてください  
母乳 ミルク 混合 吸い付く力が弱かった うまく飲み込めなかった  
飲む量が少なかった げっぷがうまくできなかった  
吐くことが多かった 片方のおっぱいからしか飲まなかった
- 離乳したのはいつごろですか？ \_\_\_\_\_歳頃
- 離乳食について、アレルギーやその他問題はありましたか？  
はい \_\_\_\_\_  
いいえ
- お子様の睡眠について  
ぐっすり良く眠る ふつう あまり良くない  
夜に何時間くらい眠りますか？ \_\_\_\_\_時間くらい
- 高い熱の出る病気にかかったことはありますか？ はい いいえ  
はいの場合： \_\_\_\_\_歳の時 \_\_\_\_\_度くらいの熱が \_\_\_\_\_日くらい続いた  
その時の検査や治療内容 \_\_\_\_\_  
その時に、ひきつけ・けいれんをおこしましたか？ はい： \_\_\_\_\_回くらい いいえ  
その後、発育や発達の様子が変わりましたか？ はい \_\_\_\_\_  
いいえ

せなかにある無数の神経情報センサーが配線不良を起こし、脳とカラダを繋ぐライフラインが干渉または妨害されている状態のことを、カイロプラクティックでは「脊柱サブラクセーション複合体:SSC」と呼んでいます。この SSC は、生命力を弱め、環境適応能力・学習能力・治癒力を低下させ、重力に対するカラダ全体の位置間隔やバランスの異常・脊柱関節の全ての器官に異常を及ぼします。ですから、SSC の早期発見と改善は非常に大切です。  
今現在お悩みの、又、過去に経験したすべての健康に関する項目にチェックしてください。

◆神経システム

- 鋭い痛み(電気が走るような痛み)
- 放射痛(全体に広がる痛み)
- しびれ
- 感覚の麻痺
- 痙攣(けいれん)
- 手足の冷え
- 肋間神経痛
- 集中力&記憶力の低下
- 頭の中がすっきりしない
- 自律神経失調症
- 感情の起伏(浮き沈み)が激しい
- 精神性疾患と診断されたことがある  
病名: \_\_\_\_\_
- 頭痛
- 常にイライラする
- 不眠、よく眠れない
- めまい
- 耳鳴り
- 視覚障害
- 倦怠感、寝ても疲れが取れない
- 卒倒(突然気を失う)
- 癲癇(てんかん)
- その他:病名: \_\_\_\_\_

◆免疫システム

- よく風邪をひく
- インフルエンザにかかりやすい
- 肺炎
- ぜんそく
- 気管支炎
- はしか
- 疱疹(みずぼうそう)
- 外&中耳炎
- 副鼻腔炎
- 帯状疱疹
- ヘルペス
- 食物アレルギー  
食物名: \_\_\_\_\_
- 花粉症
- 鼻炎&鼻づまり
- ペットアレルギー
- 皮膚炎
- 尿道炎&膀胱炎
- リウマチ性関節炎
- 全身エリテマトーデス
- 多発性硬化症
- その他: \_\_\_\_\_

◆筋肉&関節、外傷&後遺症

- 首、背中(肩甲骨まわり)、腰&お尻の痛み&違和感
- 肩、腕、ヒジ、手首、指の痛み&違和感
- 股関節、ふともも、ふくらはぎ等の痛み&違和感
- ヒザ、足首、足の指等の痛み&違和感
- 顎関節の痛み&違和感
- 全体的な筋肉の痛み、凝り&違和感
- 筋力の著しい低下
- 脊柱側湾症
- 分離症
- すべり症
- 関節炎
- 変形性脊柱(頸椎、胸椎、腰椎)症
- 脊柱管狭窄症
- その他 : \_\_\_\_\_

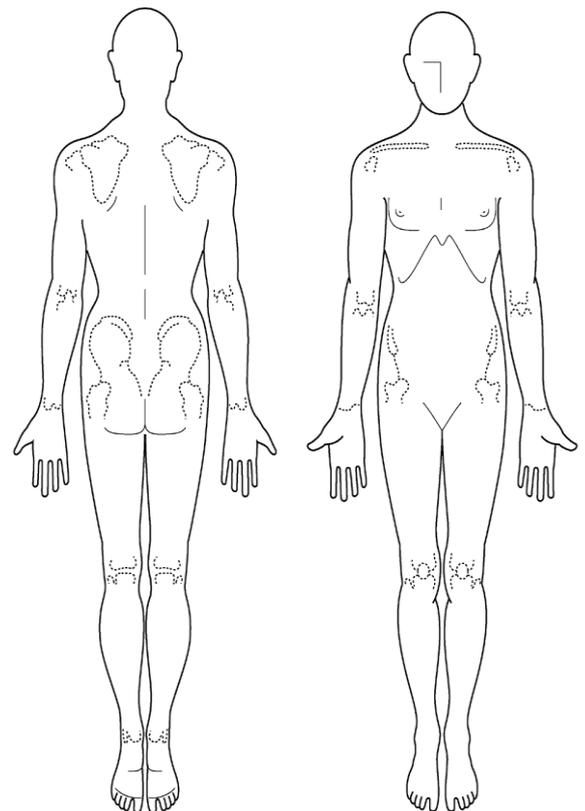
◆痛み、症状、違和感のある部分に  
印をしてください

◆消化&排泄システム

- 食欲不振
- 食欲過多
- 虫歯・歯槽膿漏
- 口臭
- 消化不良
- いつも胃がもたれる
- 胸焼け
- お腹にガスがたまる
- おなかが張る
- 便秘
- 下痢
- 痔
- 体重の: 増加 減少
- 頻尿(おしっこが近い)
- 残尿感がある
- その他の消化器官障害  
病名: \_\_\_\_\_
- その他の泌尿器官障害  
病名: \_\_\_\_\_

◆分泌器官(ホルモンバランス)システム

- 偏頭痛
- 甲状腺障害
- その他:病名: \_\_\_\_\_
- <女性の方のみ>
- 生理痛
- 生理不順
- 月経前症候群(PMS)
- その他婦人科系の障害  
病名: \_\_\_\_\_



- 上記以外の健康上の問題／悩みがある場合は、どうぞご記入ください。

\_\_\_\_\_

- 過去に入院したことはありますか？

はい:理由:\_\_\_\_\_ いつ?:\_\_\_\_\_

いいえ

- 過去に手術を受けたことはありますか？

はい:理由:\_\_\_\_\_ いつ?:\_\_\_\_\_

いいえ

- 現在服用または使用している薬はありますか？

はい:薬剤名:\_\_\_\_\_ どのくらいの期間?:\_\_\_\_\_

いいえ

- 過去に事故や怪我をしたことはありますか？

はい:どんな?\_\_\_\_\_ いつ?:\_\_\_\_\_

いいえ

- 健康状態が回復したら、やりたいことや目標はありますか？

はい:どんな?\_\_\_\_\_ いいえ

- 今回行う検査の結果から、お子様の健康状態の回復と改善のためにカイロプラクティック・ケアが必要であると

カイロプラクティック・ドクターが判断した場合、ドクターのアドバイスに従うことを希望しますか？

はい いいえ

私の知る範囲において、上記の内容が真実であることを認めます。

署名:\_\_\_\_\_ 日付:\_\_\_\_\_

仙台ゲゼンハイト・カイロプラクティック・オフィス  
〒983-0852  
仙台市宮城野区榴岡 2-3-15 花本ビル2階  
TEL:022-792-8817