

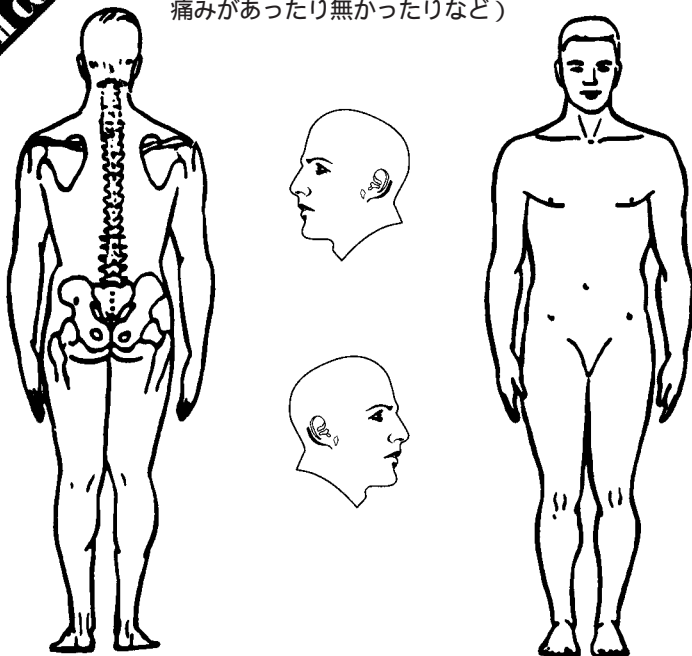
APPLICATION FOR TREATMENT

PERSONAL INFORMATION

Name: _____ Today's Date: ____ / ____ / ____
 Address: _____
 E-mail Address: _____
 Birth Date: ____ / ____ / ____ Age: _____ 現在妊娠していますか: Yes No Gender: F M
 Employer's Name & Address: _____
 Occupation: _____ Work Phone No.: _____ Home Phone No.: _____
 Cell No.: _____
 どなたのご紹介で来院されましたか: _____
 どのような治療をご希望ですか: 一時的な痛みの軽減 長期的な矯正 可能な限りベストな治療

CURRENT HEALTH CONDITION

現在あなたが痛みを感じている部分を で囲んでください。またそれがどのような痛みなのかを説明してください。(鈍痛、鋭い痛み、絶え間ない痛み、痛みがあったり無かったりなど)



治したいと思っている症状を重要だと思う順番に書いてください。

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

毎日の生活の中で痛みによって出来なくなってしまった事、またはそれをする事によって痛みの増す事柄を痛みのひどい順に書いてください。(例: 歩いたり、座ったり、曲げたりなど)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

最初にその症状に気付いたのはいつですか?

症状を引き起こしている原因が事故、転落、けが、もしくは急な動きによるものである可能性があればそれについて書いてください。 _____

以前現在の症状やケガと同じ経験をされましたか? はい いいえ 『はい』の場合は詳しく説明してください。

現在の症状を見てもらっているお医者さんの名前をすべて書き出してください。 _____

お医者さんの所見と受けた治療について書いてください。(いつどこでどのような治療を受けて、結果がどのようであったかも書いてください。) _____

あなたの症状は 良くなっている 悪くなっている 変わらない
 現在の症状を軽減する(楽にする)事、または悪化させる事があれば説明してください。

現在の症状のために仕事や個人の生活に影響が出てしまった事に印をつけて説明をしてください。

家での生活に影響があった _____
 仕事に影響があった _____
 仕事を休んでしまったことがありますか? はい いいえ 休んだ日付を書いてください。 _____
 娯楽やレクリエーションに影響があった _____
 休息や睡眠に影響があった _____

(Please complete reverse side.)

**PREVIOUS
HEALTH HISTORY**

過去12ヶ月の間に健康状態に問題があり治療を受けましたか？ はい いいえ
『はい』と答えた場合は詳しく説明してください。 _____

今までにカイロプラクティックの治療を受けたことがありますか？ はい いいえ 『はい』とお答えの場
合はお医者さんの名前、オフィスの場所、どのような症状の治療だったのかを説明してください。 _____

現在飲んでいる薬に印をつけてください。 痛み止め 筋肉弛緩剤 消炎剤
 血圧の薬 インシュリン ビル（避妊薬） 精神安定剤 減量の薬
 神経質の薬 睡眠薬 抗うつ薬 その他 _____

今までに経験した事故、手術、大きなけが（骨折も含む）のおおよその日付を書いてください。 _____

車の事故にあったことはありますか？いつですか？ 今年 去年 過去5年の間 5年以上前

過去2年間に下記の事柄の中で該当するものにチェックしてください。
ヘルス・スパに行った ビタミン剤を買った
健康食品を買った マッサージをもらった
なぜ上記の事柄を行なったのか説明してください。 _____

**FAMILY
HEALTH HISTORY**

結婚歴 既婚 未婚 死別 離婚 別居中

子供の名前と年齢 _____

配偶者の名前 _____

配偶者の勤め先 _____ 配偶者の勤め先の電話番号 _____

**FINANCIAL
RESPONSIBILITY**

どなたが支払いの責任者ですか？
自分自身 配偶者 勤務先 保険会社 その他 _____

保険のタイプ
労災保険 健康保険 自動車保険

保険会社の名前と住所 _____

治療費のお支払い方法はどのようにされますか？
現金（キャッシュ） チェック クレジットカード

お支払いは事前に特別のアレンジメントをしていない限り基本的には検査、レントゲン、治療を受けた際にお願いいた
します。レントゲンはクリニックの所有物となりますのでご了承ください。

私はこの書類に署名することにより、治療を開始することを承認致します。

_____ サイン _____ ソーシャルセキュリティ番号 _____ 日付 _____