

Confidential Client Information Form

日付: _____

お名前: _____

Address _____ Apt: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone (Cell #): _____ (Home #): _____ Email: _____

生年月日: _____

職業: _____

緊急のご連絡先（お名前/会社など）: _____ Phone: _____

一番気になる悩み、また痛みや不快感を感じる部分はどこですか？

治療結果に期待することや目的は何ですか？

パウダーやトリートメントオイル（エッセンシャルオイル）やフレグランスなどのアレルギーがある方はすべて記載してください。

薬や漢方薬などを治療されていますか？（はい/いいえ）はい/いいえ _____

（はいの場合、具体的に記載）: _____

過去の治療経験について: 正しく経緯を理解するために、現在当てはまるものには【C】、過去当てはまるものには【P】と記載してください。

Condition: C or P

Condition: C or P

Condition: C or P

アレルギー: _____ 関節痛 _____ 喘息・気管支炎 _____

背中・背骨の痛みやけが _____ 高血圧 _____ 低血圧 _____

滑液包炎 _____ 閉所恐怖症 _____ がん _____

心血管機能の病気や症状 _____ 慢性感染症 _____ 末端冷え性 _____

めまい _____ 糖尿病 _____ 消化器官の症状 _____

てんかん _____ 疲労 _____ 線維筋痛症 _____

線維症 _____ 頭部や首への外傷 _____ 頭痛 _____

Condition: C or P

Condition: C or P

Condition: C or P

血友病 _____ 肝炎 _____ HIV _____
腎臓病 _____ リンパ浮腫 _____ しびれ/目の痛み _____
月経痙攣 _____ 筋肉痛 _____ 首の痛み _____
妊娠 _____ 皮膚：発疹/ニキビ _____ 坐骨神経痛 _____
足の痛みやむくみ _____ 頸椎や椎間板ヘルニア _____ 打撲 _____
TMJ /顎の痛み _____ 血栓症 _____ 静脈瘤 _____
こぶ/水虫 _____ 心不全 _____ その他 _____

過去に大きな事故や怪我などをしたことはありますか。またその際に手術をしましたか？（神経やリンパ組織に関わるような問題がありましたか？）

（ある場合、いつどこでどのように起きましたか？）

どのような治療が効果がありましたか _____

どのような治療が効果がありませんでしたか _____

あなたは： タバコを吸いますか？ _____ お酒を飲みますか？ _____ 適度な運動をしますか？ _____

その他あなたの健康や日常生活について気になることなどを記載してください。

（私 _____ は以下内容を理解し、同意します。）

本セッションにおけるマッサージ及びボディワークはリンパ腺の働きを活発にし、リラクゼーションや筋肉の凝りを解消することを基本的な目的としています。もし本セッションにより痛みや不快感を感じる場合には直ちにセラピストへ申告し、心地よいレベルへの力加減へ調整を行うようにします。また、ディープティッシュや指圧を行う場合、体調やけがなどの状況によっては、あざができることが稀にあります。患部や深部へマッサージや刺激を与える場合、他の箇所よりも敏感な場合があるためです。本セッションでは、そういったあざや不快感を与えることをできるだけ避けるために、セラピストとのコミュニケーションが非常に重要であることを理解します。

また、本セッションにおけるマッサージ及びボディワークは、内科医やカイロプラクターなどの専門的な診断や診察が必要な精神的または慢性的な症状に対する治療ではありません。本セッションにおけるマッサージ及びボディワークのセラピストは、背骨や骨盤の調整や診察、内科的な薬の処方、精神的な症状や病気などの治療を、専門の認可を受けた医療機関として提供するものではありません。患者自身のすべての健康状態や変化、また本カルテの質問に正確に答えることで、できる限りの症状の緩和や治癒促進を目指しているということを理解します。万が一、私は健康状態やその他治療経験などの変化や進捗をセラピストに告げずに本セッションを受けたことにより生じた事象について、セラピストは責任を負いかねることを理解し、同意します。

違法または不当な、性的な事象を示唆する言及または強要をセラピストに対し実施した場合、セッションは直ちに終了され、アポイントメントに対する支払への責任を持つことを理解します。

アポイントの48時間前を過ぎてのキャンセルや当日に来訪することができなかった場合、予定されていたセッションの全ての料金がキャンセル費用として発生することに同意します。

Signature: _____ Date: _____

Therapist's Signature: _____ Date: _____