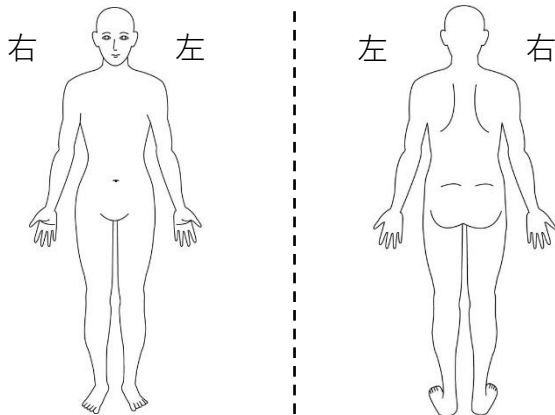


ふりがな			生年 月 日	・大正 ・昭和 ・平成	年	月	日生
お名前					満 () 歳		
ご自宅住所	(〒 —)						
お電話番号	ご自宅 () —		携帯 () —				
携帯メール			@		ご紹介者		
E-mail			@				

本カードに記入頂きました情報は、背骨コンディショニング協会の運営・営業及び背骨矯正の履歴管理にのみ利用し、他の用途には使用致しません。

1 不調を感じる部位に○や×をご記入ください。またその横に「こり」「痛み」など感じる症状をご記入ください。



2 1で記入した以外で、気になる症状に☑または具体的な症状をご記入ください。

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 眼 |
| <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> アトピー |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 心疾患 | <input type="checkbox"/> 冷え性 |
| <input type="checkbox"/> 肝機能障害 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 |
| <input type="checkbox"/> 胃・腸など内臓疾患 | <input type="checkbox"/> 生理不順・生理痛 | |
| <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 | <input type="checkbox"/> その他アレルギー | |

具体的な症状

3 現在気になる症状を、改善したい順にご記入ください。

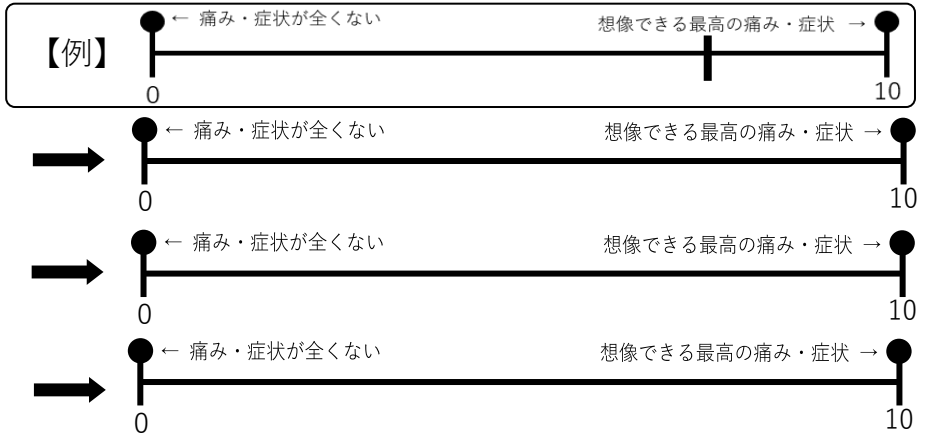
改善したい症状

1: _____

2: _____

3: _____

4 3で記入した症状に関して、ここ1ヶ月間でどの程度強く症状を感じましたか？当てはまる部分にマークを入れてください。



5 ・**矯正が初めての方**
上記の症状に対して、病院で検査・治療を行った事がある場合、その症状をご記入ください。
その他ご希望、ご要望などがあればご記入ください。

・**矯正を受けた事のある方**

症状はどのように変化しておりますか？お客様の
お喜びの声をいただく事は私達の励みになります。
どうぞ皆様のお声をお寄せください。

(ご記入いただいた感想は、WEBやチラシなどに掲載させていただく場合がございます)

(Blank area for notes or comments)

インストラクター記入欄(3ヶ月に1度は筋力測定を行いましょう)*****

筋力 測定	測定年月: _____ 年 _____ 月	● 体重 _____ kg	● ハイエルポーローイング _____ kg	_____ %
	● バックキック・右 : _____ kg	_____ %	● バックキック・左 : _____ kg	_____ % (%=筋力量/体重)

年 月 日 回目

年 月 日 回目

年 月 日 回目

	特記事項	捻転	斜転	変位	変位	
C	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
T	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
	8	L/R	L/R	L/R	前/後	8
	9	L/R	L/R	L/R	前/後	9
	10	L/R	L/R	L/R	前/後	10
	11	L/R	L/R	L/R	前/後	11
	12	L/R	L/R	L/R	前/後	12
L	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
S	1				L/R	1
	2				L/R	2
	3		L/R		L/R	3
	4				L/R	4
	5				L/R	5
Co.					L/R	

	特記事項	捻転	斜転	変位	変位	
C	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
T	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
	8	L/R	L/R	L/R	前/後	8
	9	L/R	L/R	L/R	前/後	9
	10	L/R	L/R	L/R	前/後	10
	11	L/R	L/R	L/R	前/後	11
	12	L/R	L/R	L/R	前/後	12
L	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
S	1				L/R	1
	2				L/R	2
	3		L/R		L/R	3
	4				L/R	4
	5				L/R	5
Co.					L/R	

	特記事項	捻転	斜転	変位	変位	
C	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
T	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
	8	L/R	L/R	L/R	前/後	8
	9	L/R	L/R	L/R	前/後	9
	10	L/R	L/R	L/R	前/後	10
	11	L/R	L/R	L/R	前/後	11
	12	L/R	L/R	L/R	前/後	12
L	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
S	1				L/R	1
	2				L/R	2
	3		L/R		L/R	3
	4				L/R	4
	5				L/R	5
Co.					L/R	

- 正中神経 R□
- 橈骨神経 R□
- 尺骨神経 R□
- 肩の前 R□
- 気管支 R□
- T6~8 R□
- L4 痛点 R□
- L5 痛点 R□
- 仙骨痛点 R□

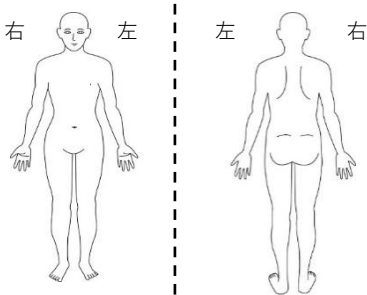
- 正中神経 R□
- 橈骨神経 R□
- 尺骨神経 R□
- 肩の前 R□
- 気管支 R□
- T6~8 R□
- L4 痛点 R□
- L5 痛点 R□
- 仙骨痛点 R□

- 正中神経 R□
- 橈骨神経 R□
- 尺骨神経 R□
- 肩の前 R□
- 気管支 R□
- T6~8 R□
- L4 痛点 R□
- L5 痛点 R□
- 仙骨痛点 R□

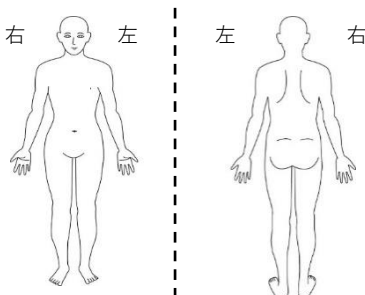
症状

症状

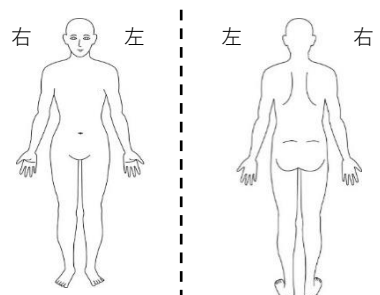
症状



改善点



改善点



改善点

運動実績

処方

運動実績

処方

運動実績

処方

インストラクター記入欄 (随時測定) * * * * *

ROM
チェック

①足の開き・右：こぶし 個 ・左：こぶし 個 ②SLR・右：約 度 ・左：約 度
③屈伸曲 ・右：約 度 ・左：約 度