

背骨コンディショニング

パーソナルトレーナー養成講座

課題 BOOK

この課題 BOOK に入っているもの

課 題	参考資料
<ul style="list-style-type: none"> ・ パーソナルトレーナー養成講座 課題について…P.2 ・ 課題1 病理学（知識） <ul style="list-style-type: none"> 1 日目までの事前課題…P.3 2 日目までの事前課題…P.9 3 日目までの事前課題…P.13 4 日目までの事前課題…P.18 ・ 課題2 解剖学（知識） <ul style="list-style-type: none"> 1 日目・2 日目までの事前課題 筋肉（大殿筋）…P.23 3 日目までの事前課題 筋肉（菱形筋）…P.24 1 日目・2 日目までの事前課題 神経（坐骨神経・大腿神経）…P.25 3 日目までの事前課題 神経（正中神経・橈骨神経・尺骨神経）…P.27 4 日目までの事前課題 神経の分類…P.31 ・ 課題3 筋力トレーニング（実践）…P.32 <ul style="list-style-type: none"> トレーニングレコード A…P.33 トレーニングレコード B…P.34 ・ 課題4 ロールプレイの実施（技術）…P.35 <ul style="list-style-type: none"> フィードバックシートサンプル…P.36 ・ 課題5 ゆるめ体操（実践）…P.37 	<ul style="list-style-type: none"> ・ カスタマーカードサンプル…P.38 ・ カスタマーカード症例 <ul style="list-style-type: none"> 1 日目①～②…P.39・40 2 日目③～④…P.41・42 3 日目⑤～⑦…P.43～45 4 日目⑧～⑪…P.46～49 ・ 同意書 A…P.50 ・ 同意書 B…P.51 <p>背骨コンディショニング協会会員専用ページよりダウンロード出来る資料</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ フィードバックシート ・ カスタマーカード ・ 同意書 A・B

以下の課題をそれぞれの講座日までに行ってきて下さい。

■ 課題1：病理学（知識）

- 1日目までの事前課題…P.3～P.8
- 2日目までの事前課題…P.9～P.12
- 3日目までの事前課題…P.13～P.17
- 4日目までの事前課題…P.18～P.22

■ 課題2：解剖学 筋肉・神経（知識）

筋肉

- 1・2日目までの事前課題…P.23
- 3日目までの事前課題…P.24

神経

- 1・2日目までの事前課題…P.25～P.26
- 3日目までの事前課題…P.27～P.30
- 4日目までの事前課題…P.31

■ 課題3：筋力トレーニング（実践）…P.32

- 初日～最終日までにバルクアップトレーニングを終え、パワートレーニングを体験するところまで。

■ 課題4：ロールプレイ（技術）…P.35

- 体操の実践（1日目～4日目までの課題）

■ 課題5：ゆるめ体操（実践）…P.37

- 体操の実践（1日目～4日目までの課題）

■ 1日目までの事前課題

下記症状について、西洋医学から見た「原因」「治療法」と、背骨コンディショニングから見た「原因」「治療法」を書籍『20万人の腰痛を治した！背骨コンディショニング』とWEBなどで調べてきましょう。

（表内に記載されているページ数は、『20万人の腰痛を治した！背骨コンディショニング』のページ数です。）

① 腰痛の分類

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	「背骨通信 Vol.4」参照 協会 HP 会員ページ内 参考資料から閲覧		

② 坐骨神経痛

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.40		

③ 椎間板ヘルニア

※事前課題は A と B のみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P75/145		

④ 脊柱管狭窄症

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P150		

⑤ ぎっくり腰

※事前課題は A と B のみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P103/109		

⑥ 圧迫骨折

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード

■ 2日目までの事前課題

⑦ 足のむくみ

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.43		

⑧ 膝痛

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.43		

⑨ 股関節痛

※事前課題は A と B のみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.104		

⑩ 背骨コンディショニングで治らない例

P.170

■ 3日目までの事前課題

⑪ 不良姿勢・猫背

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.86		

⑫ 肩こり

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.120		

⑬ 首の痛み

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.121		

⑭ 四十・五十肩

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.122		

⑮ 手根管症候群・バネ指

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.132		

■ 4日目までの事前課題

⑩ 内蔵の機能低下

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
胃・十二指腸・小腸・大腸・肝臓・胆のう・膵臓の大まかな働き	P.84・P.89		

⑰ 耳鳴り・突発性難聴

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.134		

⑱ めまい

※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.136		

①⑨ 自律神経失調症

※事前課題は A と B のみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.138		

⑳ 花粉症・アレルギー・喘息

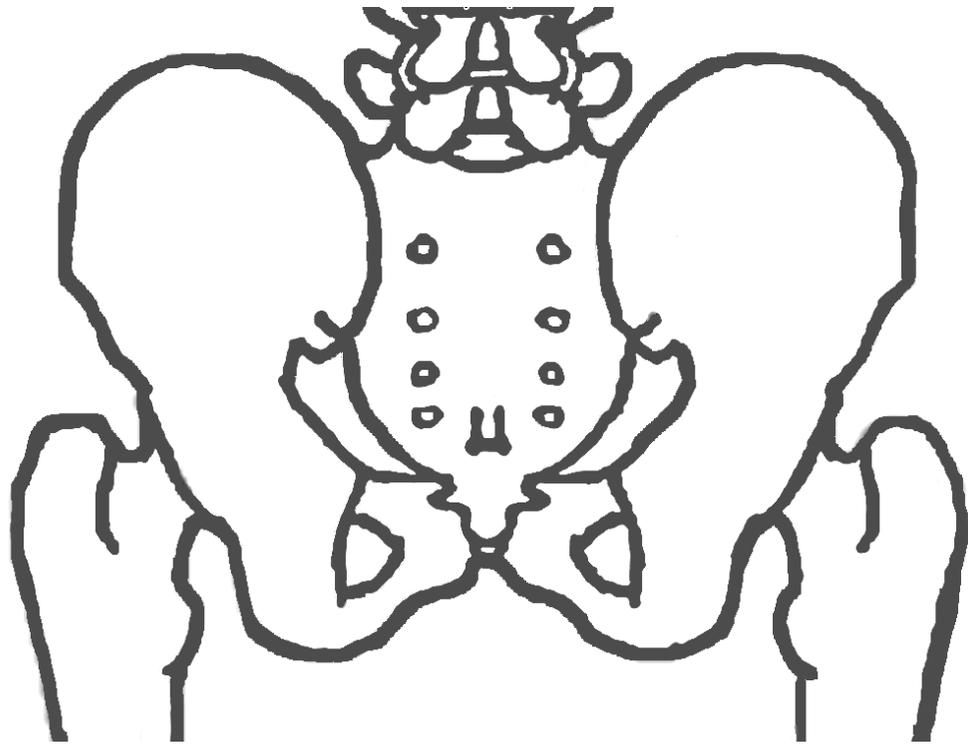
※事前課題はAとBのみ行う

A.西洋医学から見た原因・治療法	B.背骨コンから見た原因・治療法	C.体操処方（具体的な運動処方）	D.エピソード
	P.154		

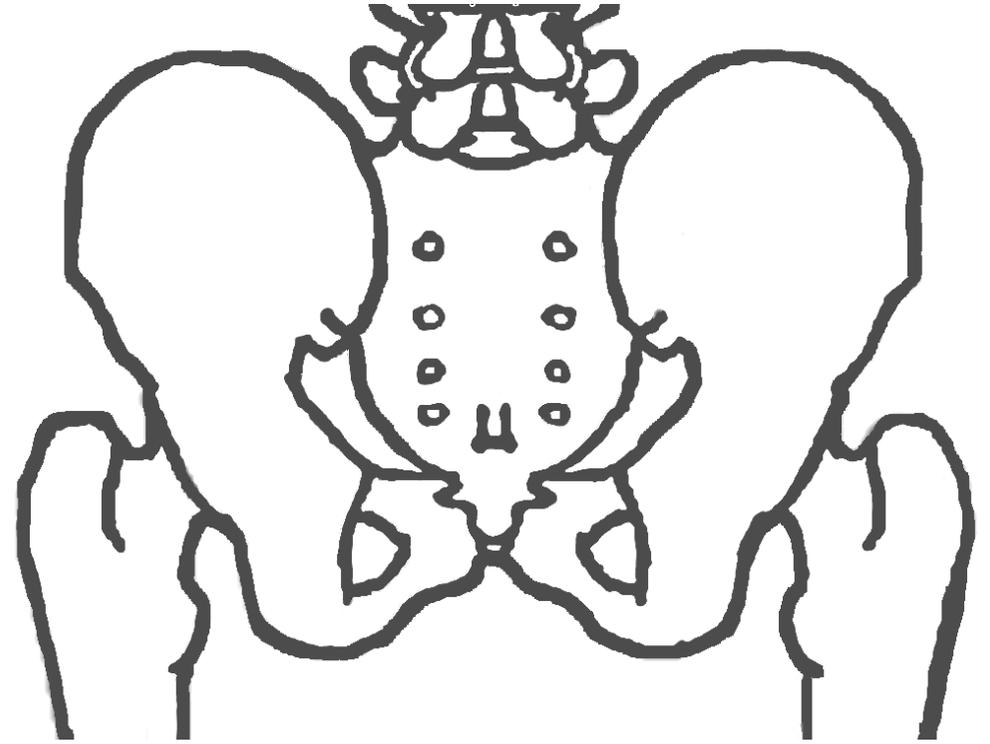
課題2

解剖学 (知識)

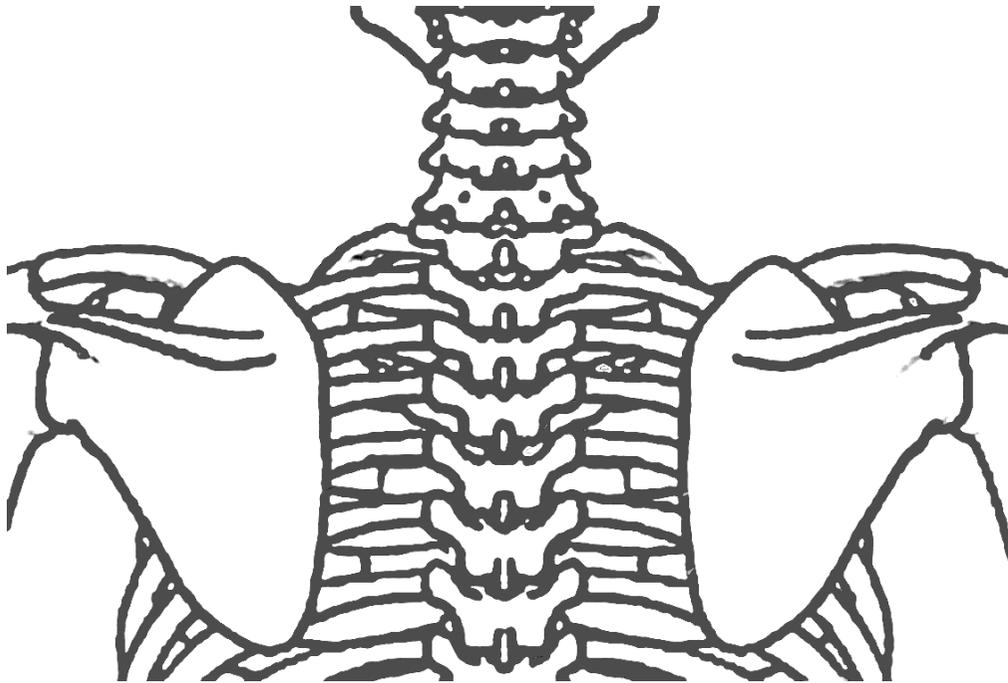
- 1日目・2日目までの事前課題 筋肉：大殿筋の起始・停止を図に書き込みましょう。



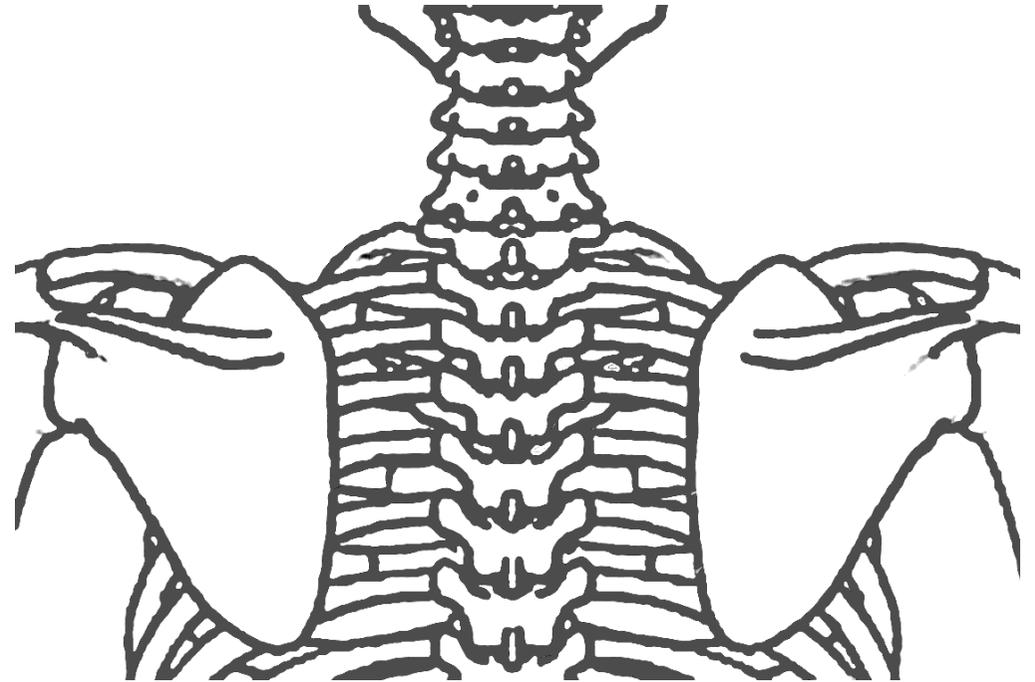
確認用



■ 3日目までの事前課題 筋肉：菱形筋の起始・停止を図に書き込みましょう。

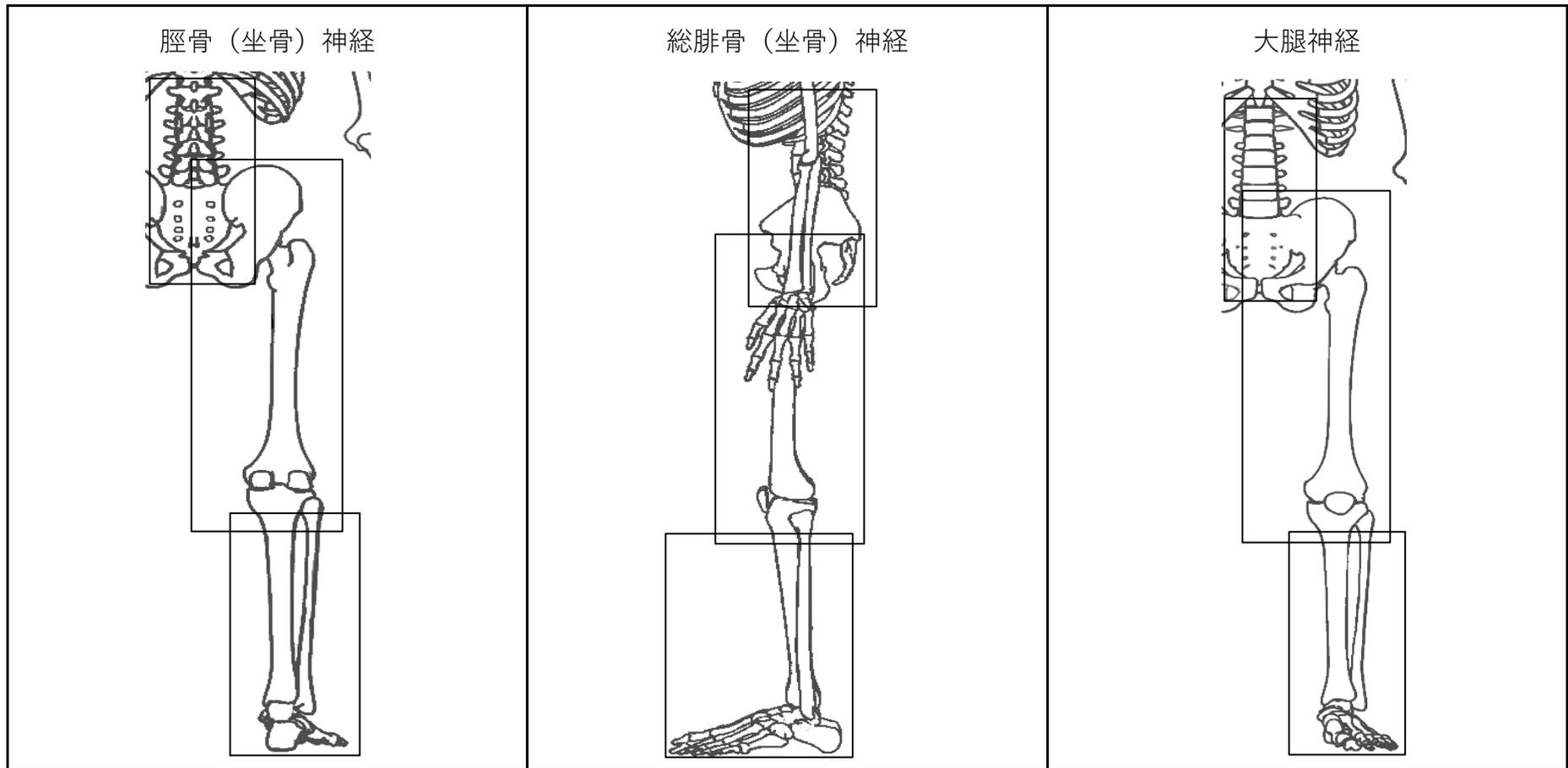


確認用

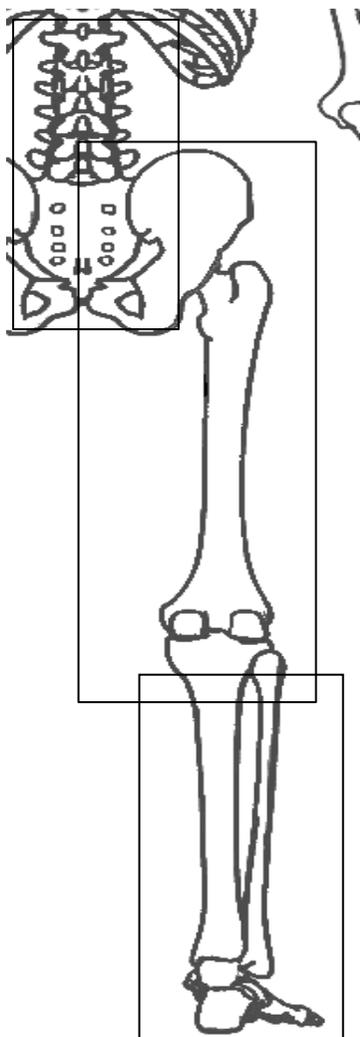


■ 1日目・2日目までの事前課題 神経：坐骨神経、大腿神経について

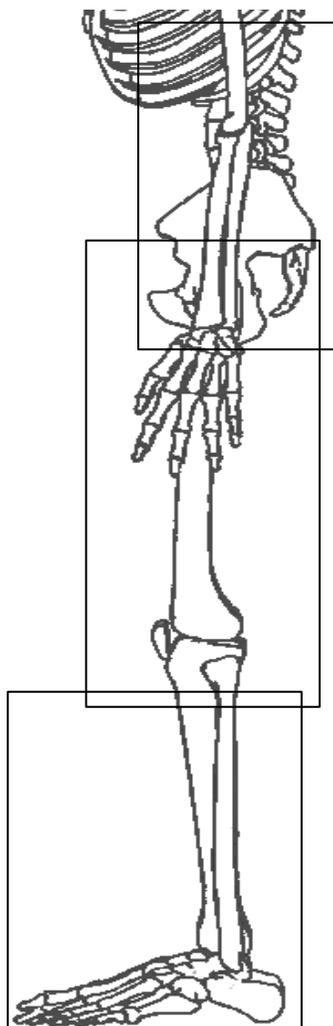
神経：図の中に西洋医学の各神経の走行と背骨コンディショニングで考えるアプローチする椎骨がわかるように書き込みましょう。
(神経の走行は、骨の内側は点線、手前側は実線で記入する。椎骨は色を付ける。)



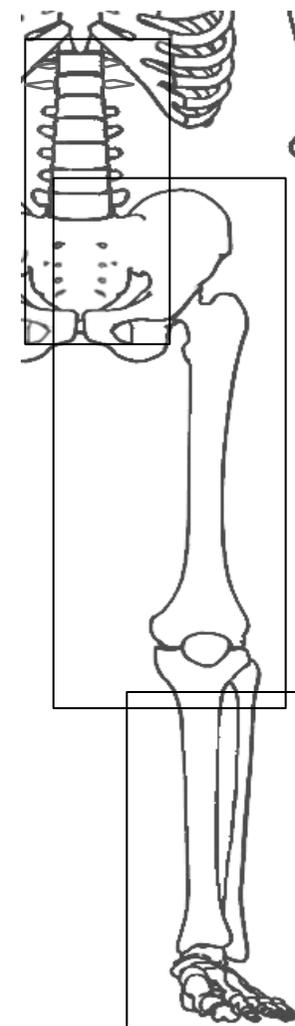
脛骨（坐骨）神経



総腓骨（坐骨）神経

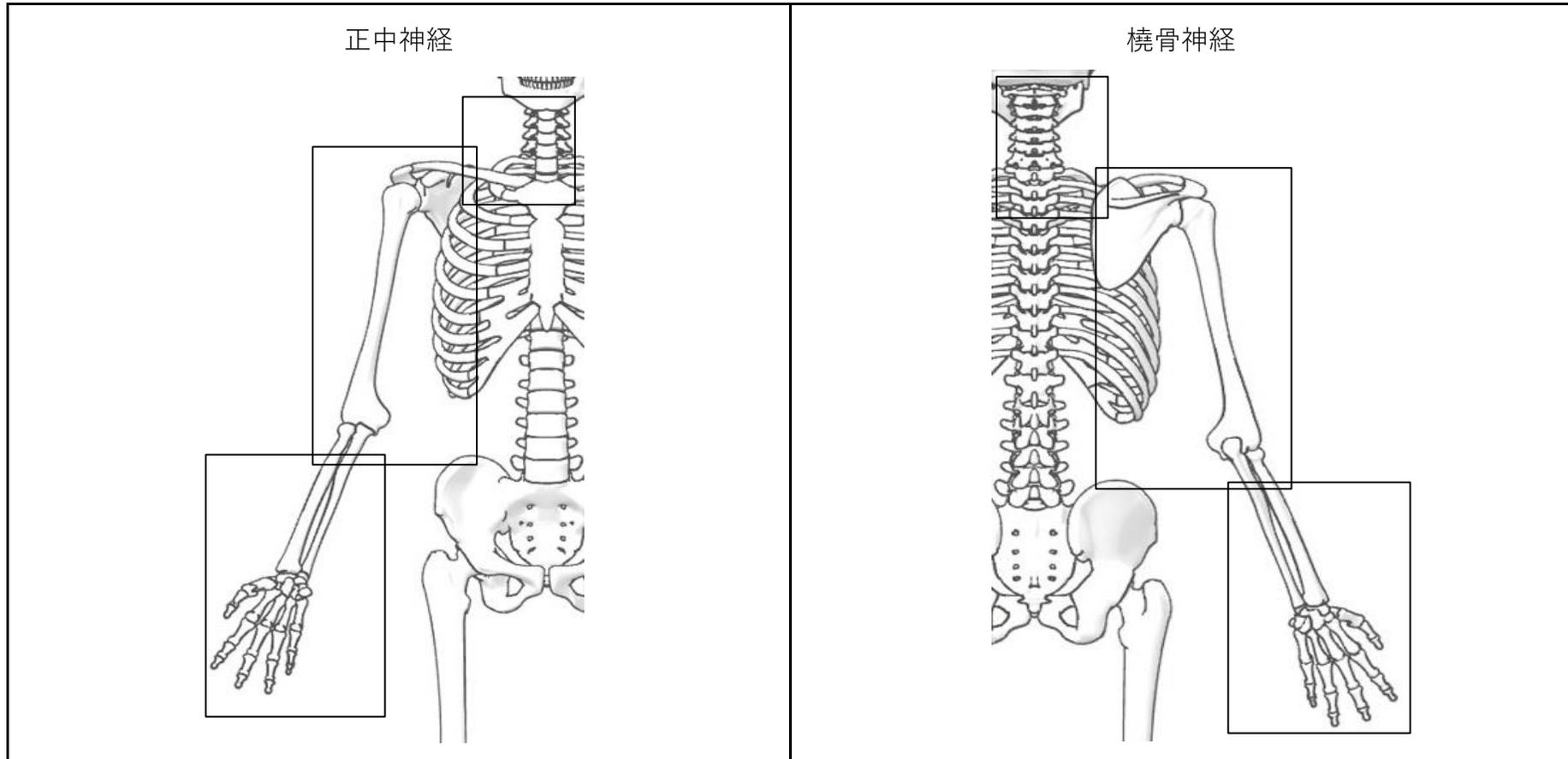


大腿神経

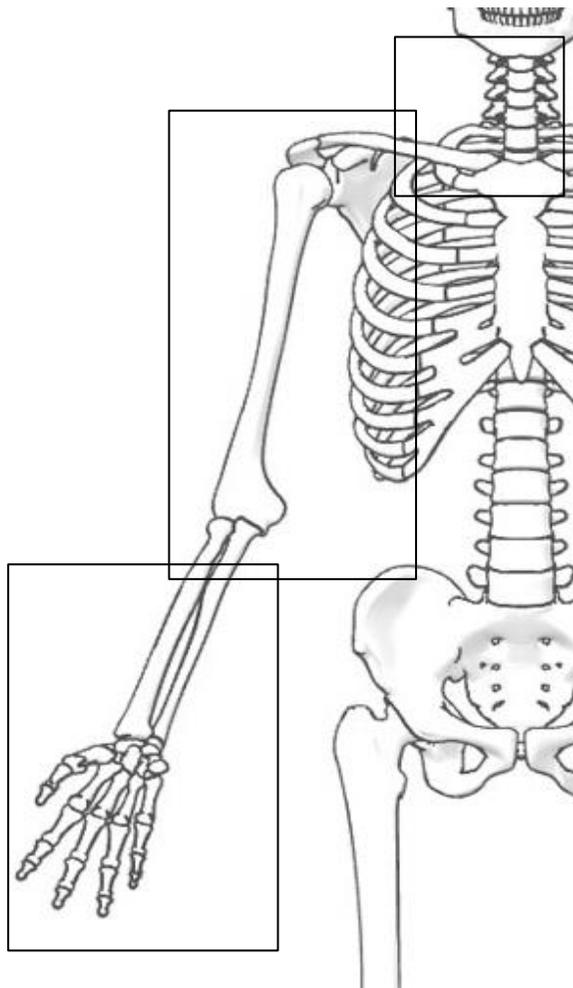


■ 3日目までの事前課題 神経：正中神経、橈骨神経、尺骨神経について

神経：図の中に西洋医学の各神経の走行と背骨コンディショニングで考えるアプローチする椎骨がわかるように書き込みましょう。
(神経の走行は、骨の内側は点線、手前側は実線で記入する。椎骨は色を付ける。)

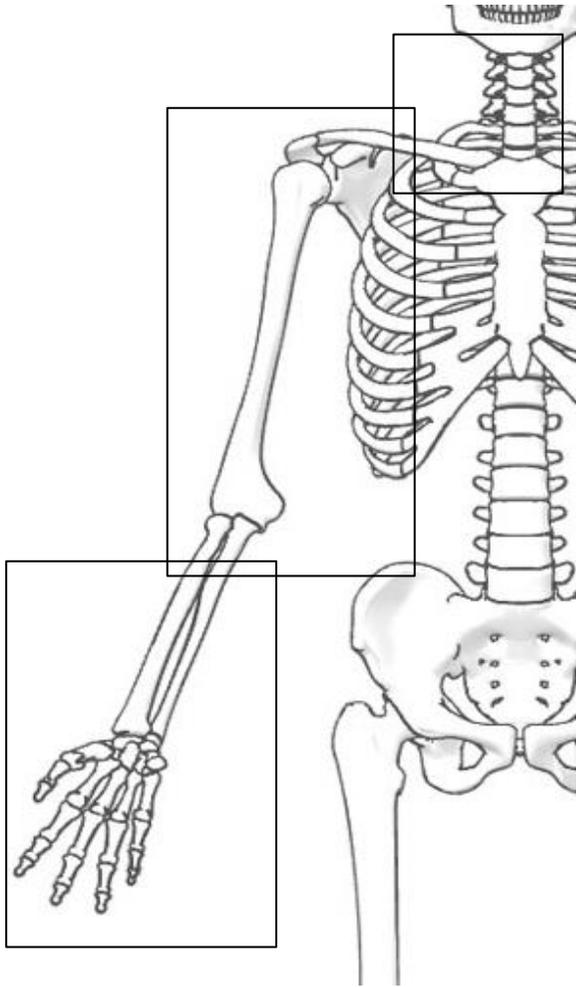


尺骨神経

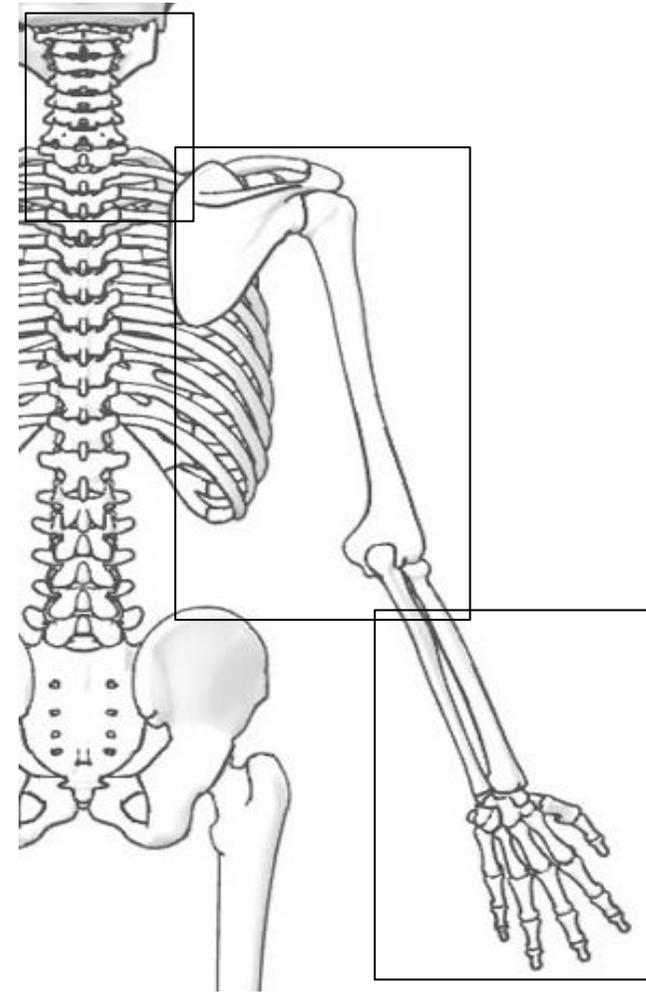


西洋医学の神経の走行と、背骨コンディショニングで各神経の通り道に症状が出る時にアプローチする椎骨が異なる事を理解する。

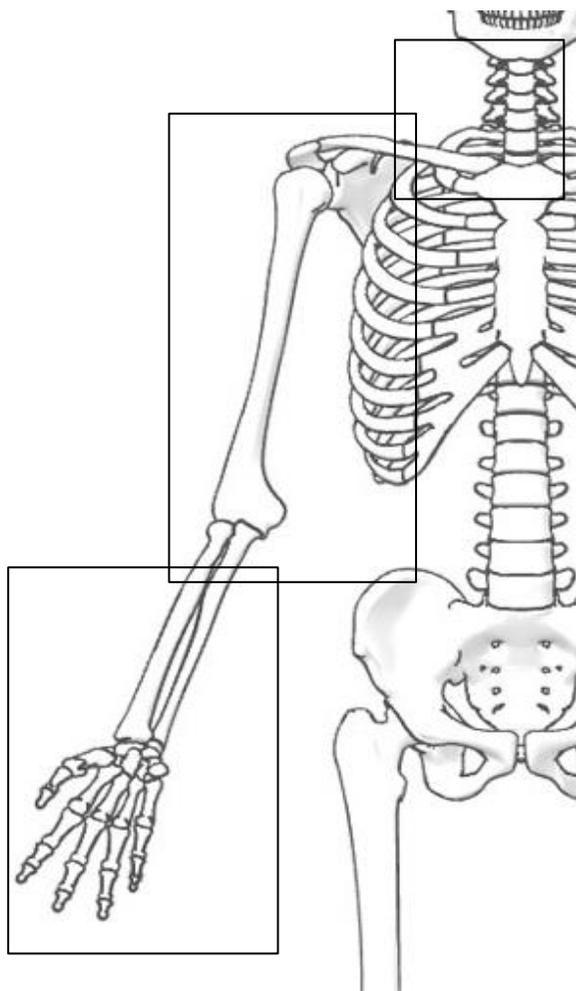
正中神経



とう骨神経



尺骨神経



西洋医学の神経の走行と、背骨コンディショニングで各神経の通り道に症状が出る時にアプローチする椎骨が異なる事を理解する。

■ 4日目までの事前課題 神経：神経の分類について 表の空欄部分の名称を書き込みましょう。

神経の解剖学的分類

神経系	中枢神経系	大脳（終脳）	
		中脳	
		小脳	
		間脳	
		橋	
	末梢神経系		
			(1対)

末梢神経の機能的分類

末梢神経系		

課題3

筋力トレーニング（実践）

■ バルクアップトレーニングまでの終了しておくこと（トレーニングレコード A.B はどちらを使用してもよい）

自分がクライアントだったら、どんな運動処方するか？を考え自分の体を改善するトレーニングメニューを作成し、実践して下さい。

* パーソナル講座終了までの自分のトレーニングレコードを提出していただく事が認定要件の一つとなります。

提出されたトレーニングレコードは返却いたしません。

自分の記録が必要な方は、提出用に2枚ご用意下さい。

筋力トレーニングの中長期プログラム

講座終了時に、バルクアップトレーニングを終え、パワートレーニングを体験するところまで実施するよう日程を調整して下さい。

バルクアップ（筋肉増大）トレーニング BULK UP		最大筋力の 80%~85%		
1~2 週目	ポジティブ 4 秒	ネガティブ 2 秒	6~8 回×2~3 セット	10 週間 = 2 ヶ月
3~4 週目	ポジティブ 6 秒	ネガティブ 2 秒	6~8 回×1~2 セット	
5~6 週目	ポジティブ 8 秒	ネガティブ 2 秒		
7~8 週目	ポジティブ 10 秒	ネガティブ 2 秒		
9~10 週目	ポジティブ 12 秒	ネガティブ 2 秒	6~8 回×1 セット	

トレーニング・レコード

目標設定シート 年 月 日 ~ 年 月 日 名前：

あなたの理想像				
5年後の姿		3年後の姿		今年末の姿
今半期の目標		今四半期の目標		今月の目標
*現在は ____年目(3年)・第 ____四半期・ ____月・ ____週目				

種目	目的	強度・回数・ セット数・頻度	曜日	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
			日付																												
			予定																												
			実績																												
			予定																												
			実績																												
			予定																												
			実績																												
			予定																												
			実績																												

中・長期筋トレプログラム トレーニングレコード (年 月 日～ 年 月 日)

種目：

★基礎トレーニング 70～75% 10回・3セット ポジティブ 2秒 キープ 3秒 ネガティブ 2秒

★バルクアップ（筋肉増大）トレーニング 80～85%

ポジティブ	ネガティブ	回数・セット数				
4秒	2秒	6～8回・2～3セット				
6秒	2秒	6～8回・1～2セット				
8秒	2秒	6～8回・1～2セット				
10秒	2秒	6～8回・1セット				
12秒	2秒	6～8回・1セット				

目標

★パワートレーニング 80～87%

ポジティブ	ネガティブ	回数・セット数				
1秒	1秒	6～8回・3～4セット				
1秒	1秒	5回・5セット				
1秒	1秒	〃				
1秒	1秒	5回・6セット				
1秒	1秒	〃				

Name

課題 4

ロールプレイの実施（技術）

40分パーソナルセッションの短縮バージョン20分のロールプレイの練習を行きましょう（1日目～3日目までのロールプレイの課題は上記内容で行いましょう。）

試験は4日目のロールプレイの内容15分の体験会で行います。

ロールプレイは受講生同士または、インストラクターと一緒にいきます。可能であれば3人組になり、クライアント役・トレーナー役・フィードバックシートの記入役を練習しましょう。
ただし、人数調整が難しい場合は2人組でも可能です。

ロールプレイの中でペアコンディショニングの練習も行ってください。

次回にフィードバックシートを提出して下さい。

***自身のフィードバックシートの提出は認定要件の一つとなります。**

提出されたフィードバックシートは返却いたしません。

背骨コンディショニング パーソナルトレーナー フィードバックシート

氏名: _____



日付: _____ 開催会場: _____

カルテNO: _____ クライアント名: _____

総評:

パーソナル実技試験 採点基準

内容	判定	メモ
挨拶/自己紹介ができています	+2 +1 0 -1 -2	
体調チェック・禁忌のスクリーニング	+2 +1 0 -1 -2	
共感を持って聞き取りができていますか	+2 +1 0 -1 -2	
実施した検査方法:		
的確な検査方法ができています	+2 +1 0 -1 -2	
症状に合わせた検査評価ができています	+2 +1 0 -1 -2	
背骨コンディショニングの基本が伝えられている	+2 +1 0 -1 -2	
神経けん引理論についての的確に説明ができています	+2 +1 0 -1 -2	
仙腸関節可動理論についての的確に説明ができています	+2 +1 0 -1 -2	
代償姿勢理論についての的確に説明ができています	+2 +1 0 -1 -2	
検査を用いた説得力のあるカウンセリングができています	+2 +1 0 -1 -2	
的確に短く要点を伝えられる	+2 +1 0 -1 -2	
実施した運動処方:		
検査と処方がマッチしている	+2 +1 0 -1 -2	
運動処方が症状にあっている	+2 +1 0 -1 -2	
優先順位を考えた処方・実施ができていますか	+2 +1 0 -1 -2	
優先順位を意識して処方を相手に伝えられているか	+2 +1 0 -1 -2	
見せる (正確なフォームを見せる)	+2 +1 0 -1 -2	
見せる (その他の注意点)	+2 +1 0 -1 -2	
しゃべる (狙い・目的を的確に)	+2 +1 0 -1 -2	
しゃべる (その他の注意点)	+2 +1 0 -1 -2	
補助する (ポイントを押さえる)	+2 +1 0 -1 -2	
指導に自信を持って接しているか	+2 +1 0 -1 -2	
相手の立場に立ち親身になって指導ができていますか	+2 +1 0 -1 -2	
相手が望んでいることに的確に答えているか	+2 +1 0 -1 -2	
(背骨Cでない) 従来の理論と混同していないか	+2 +1 0 -1 -2	
話し方が自然か	+2 +1 0 -1 -2	
時間配分が適切であったか	+2 +1 0 -1 -2	
反動の説明をしたか	+2 +1 0 -1 -2	

■ 体操の実践（1日目～4日目まで）

協会 HP 会員用ページ「体操ムービーコーナー」に出てくる下記の体操を、IR 教本・PT 教本と照らし合わせながらチェックし「正しいフォームを見せる」「目的・ねらいを正確にしゃべる」をできるように練習してきましょう。

1 日目までの課題・・・「セルフコンディショニング（仙骨・腰椎）」

「ペアコンディショニング」

2 日目までの課題・・・「セルフコンディショニング（膝・神経ストレッチ）」

3 日目までの課題・・・「セルフコンディショニング（胸椎・頸椎）」

「セルフコンディショニング（肩）」

4 日目までの課題・・・「セルフコンディショニング（胸椎・頸椎）」

「セルフコンディショニング（肩）」

カスタマーカードサンプル

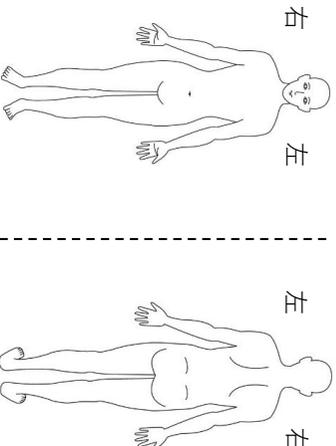
背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. _____
(2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな			
お名前			
ご自宅住所	〒 _____		
お電話番号	ご自宅 (_____)	携帯 (_____)	_____
携帯メール	_____ @ _____		
E-mail	_____ @ _____		
ご紹介者			

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教室の運営・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: _____

【例】

● ← 痛み・症状が全くない	→ 想像できる最高の痛み・症状

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きます)

イラストラクター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM
チェック

①足の開き 右：約 _____ 度 左：約 _____ 度

②SLR 右：約 _____ 度 左：約 _____ 度

③屈伸曲 右：約 _____ 度 左：約 _____ 度



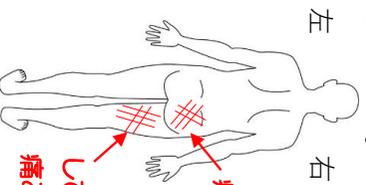
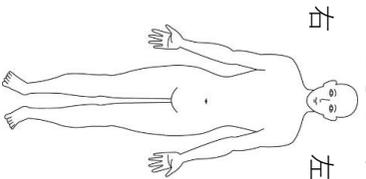
① 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな			生年	・大正	年	月	日生
お名前	瀬穂根 よい子		月日	・昭和	年	月	日生
ご自宅住所	〒	—	・平成		満 (72)	歳	
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、背骨コンプレクシオニング教会の運営・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
両足におくみ (特に右足)

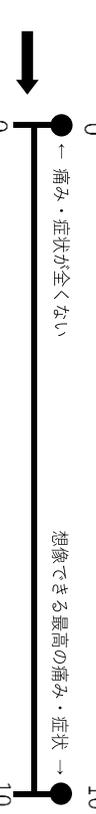
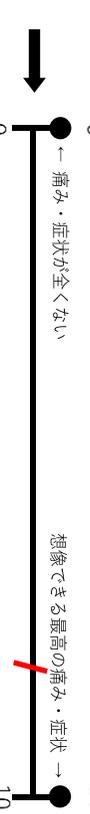
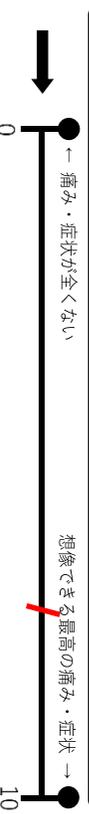
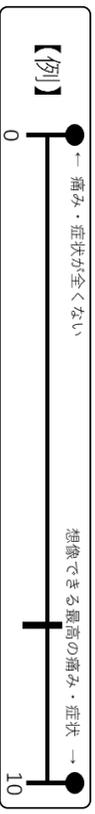
3 現在気になる症状を、改善したい順にご記入ください。

改善したい症状

1: **腰・お尻の痛み**

2: **坐骨神経痛**

3:



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？お客様の声を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きます)

整形外科にて受診した時は、腰椎4番5番の間が狭くなっている。原因は加齢のせい。様子を見て抜けないくらい痛くなったから来てくださいと言われて、がっくり来ている。

インストールクォーター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM	①足の開き	・右: ぐぶし	個	・左: ぐぶし	個
チェック	②SLR	・右: 約	度	・左: 約	度
	③屈伸曲	・右: 約	度	・左: 約	度

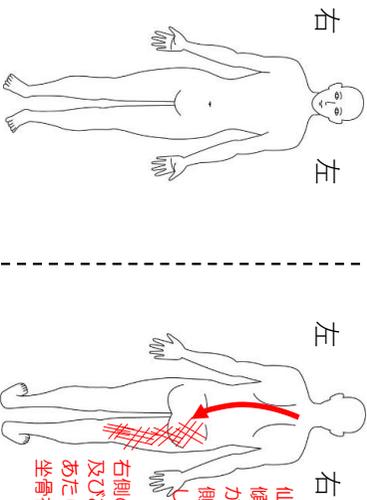
② 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. _____
 (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな				生年	・大正	年	月	日生
お名前	腰賀 亜宇人			月日	・昭和	年	月	日生
ご自宅住所	〒 — —			・平成 満 () 歳				
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、背骨コンプレクシヨニソク教会の運営・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"/> 仙骨が左に傾いて、背中が左凸に側弯を起している | <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 心疾患 |
| <input type="checkbox"/> 右側の腰痛及びお尻のあたりに、坐骨神経痛 | <input type="checkbox"/> 肝機能障害 | <input type="checkbox"/> 不整脈 |
| <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 | <input type="checkbox"/> 胃・腸など内臓疾患 | <input type="checkbox"/> 生理不順・生理痛 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> その他アレルギー |

3 現在気になる症状を、改善したい順にご記入ください。

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。

改善したい症状

1: 腰痛

← 痛み・症状が全くない 想像できる最高の痛み・症状 →

0 10

2: 坐骨神経痛

← 痛み・症状が全くない 想像できる最高の痛み・症状 →

0 10

3:

← 痛み・症状が全くない 想像できる最高の痛み・症状 →

0 10

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？お客様の嬉しい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きます)

インストラクター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM

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

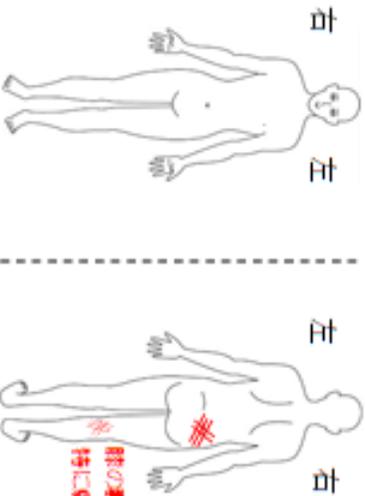
③ 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな	藤以 木照			生年	大正	年	月	日生
お名前	藤以 木照			月日	昭和	年	月	日
ご自宅住所	〒			平成	年	月	日	歳
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、背骨コンプレックスクリニックの運営・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「ごり」「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"/> のめまい | <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"/> 肝臓能障害 | <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 | |

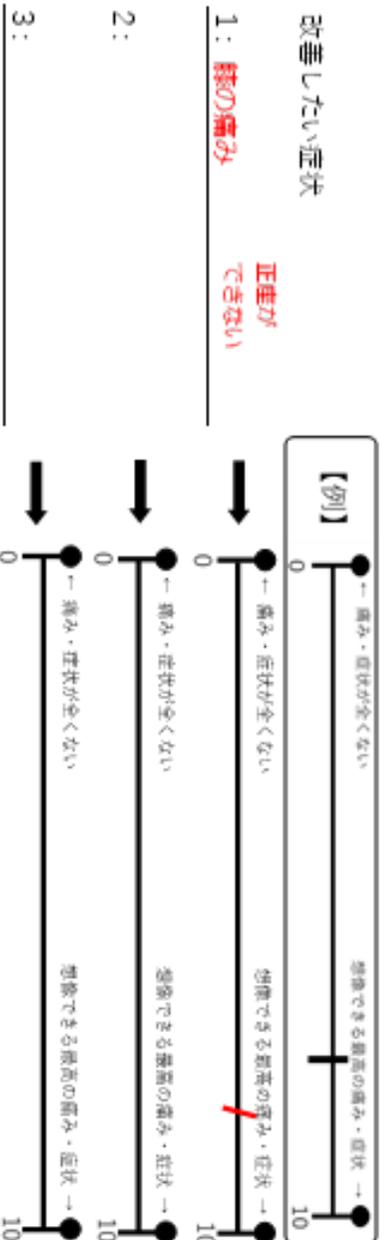
具体的な症状
右ふくらはぎから下のむくみ

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: 膝の痛み 正座が
できない

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？当ではまる部分にマーカーを入れてください。



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

症状ほ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。

(ご記入いただいた情報は、WEBやチラシなどに掲載させていただきます(場合によっては))

①足の固さ 右: ごぶし 個 左: ごぶし 個

②SLR 右: 約 度 左: 約 度

③屈伸曲 右: 約 度 左: 約 度

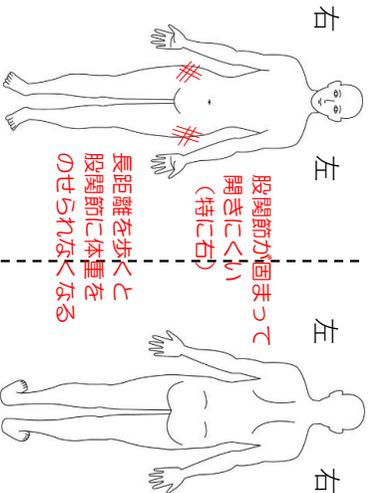
④ 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. _____
 (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

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

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教会の運営・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。

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

具体的な症状
 右ふくらみはぎから下のむくみ

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: 股関節

2: 腰

3:

【例】

0 ← 痛み・症状が全くない → 想像できる最高の痛み・症状 → 10

0 ← 痛み・症状が全くない → 想像できる最高の痛み・症状 → 10

0 ← 痛み・症状が全くない → 想像できる最高の痛み・症状 → 10

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きます)

インストラクター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM

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

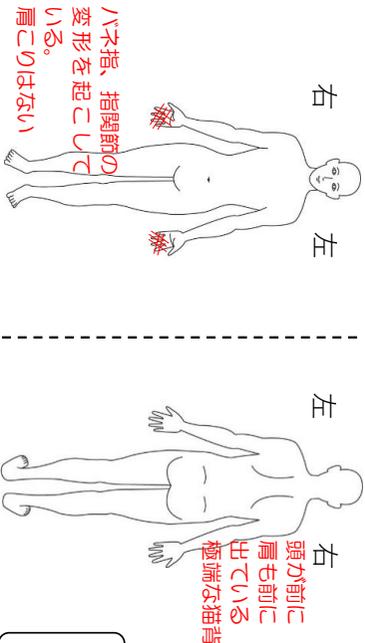
⑤ 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. _____
 (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな			生年	・大正	年	月	日生
お名前	肩古里 杉		月日	・昭和	年	月	日生
ご自宅住所	〒 — —			・平成	満 (70)	歳	
ご電話番号	ご自宅 ()	—	携帯 ()	—			
携帯メール			@				
E-mail			@				
			ご紹介者				

本カードに記入頂きました情報は、背骨コンプレクシオンツナ教會の運営・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。

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カーを入れてください。

改善したい症状

1: 指

2:

3:

【例】

← 痛み・症状が全くない	← 痛み・症状が全くない	← 痛み・症状が全くない	← 痛み・症状が全くない
0	0	0	0
→	→	→	→
10	10	10	10

想像できる最高の痛み・症状 →

想像できる最高の痛み・症状 →

想像できる最高の痛み・症状 →

想像できる最高の痛み・症状 →

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き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きます)

インストラクター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM

①足の開き 右: 約 個 左: 約 個

②SLR 右: 約 度 左: 約 度

③屈伸曲 右: 約 度 左: 約 度



一般社団法人
 背骨コンプレクシオンツナ協会

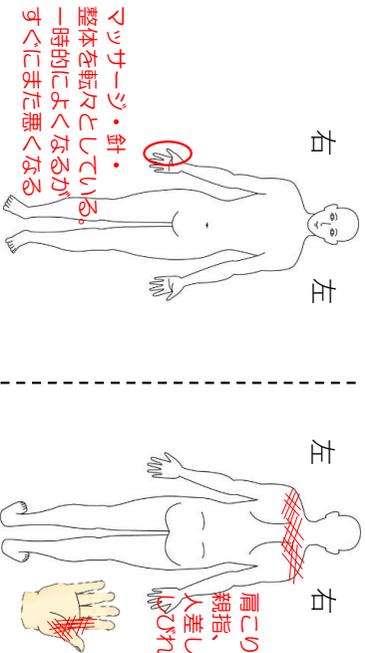
◎ 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. _____
 (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな			生年	・大正	年	月	日生
お名前	親指 志美玲		月日	・昭和	年	月	日生
ご自宅住所	〒 _____		・平成		満 (55)	歳	
お電話番号	ご自宅 (_____)	携帯 (_____)					
携帯メール	_____ @ _____						
E-mail	_____ @ _____						
			ご紹介者				

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教会の運営・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、改善したい順番にご記入ください。

改善したい症状

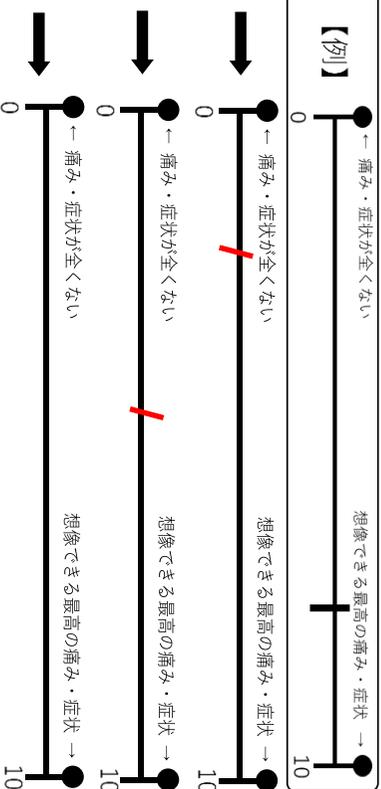
1: 手のしびれ

2: 肩こり

3: _____

指が動かなくなるので
はないかと
とても心配

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。

・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きます)

インターネット使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM	①足の開き	・右: 約 _____ 度	個	・左: 約 _____ 度	個
チェツク	②SLR	・右: 約 _____ 度	度	・左: 約 _____ 度	度
	③屈伸曲	・右: 約 _____ 度	度	・左: 約 _____ 度	度

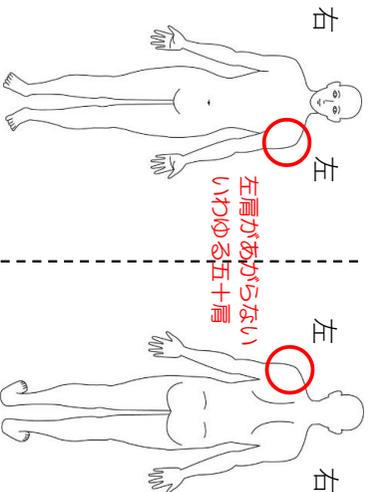
⑦ 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. _____
 (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな				生年	・大正	年	月	日生
お名前	五十肩 板井			月日	・昭和	満 (57)		歳
ご自宅住所	〒 —							
お電話番号	ご自宅 ()	—	携帯 ()	—				
携帯メール	@ @							
E-mail				紹介者				

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教会の運営・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

T2

3 現在気になる症状を、改善したい順にご記入ください。

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。

改善したい症状

1: **五十肩**

2: _____

3: _____

【例】

← 痛み・症状が全くない	0	→ 想像できる最高の痛み・症状	10
← 痛み・症状が全くない	0	→ 想像できる最高の痛み・症状	10
← 痛み・症状が全くない	0	→ 想像できる最高の痛み・症状	10

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？お客様の嬉しい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きます)

インストラクター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

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

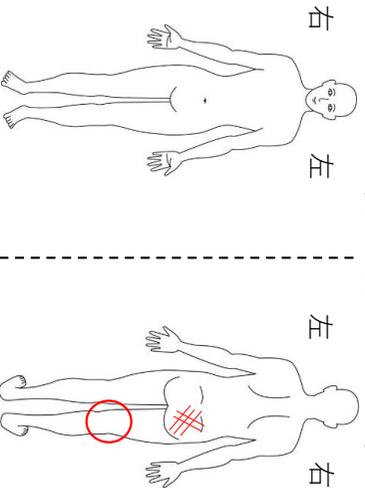
⑧ 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. _____
 (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな				生年	・大正	年	月	日生
お名前	日座井 泰三			月日	・昭和	年	月	日生
性別	男性			満 () 歳	・平成 満 (72) 歳			
ご自宅住所	〒 _____							
お電話番号	ご自宅 (_____)	_____	携帯 (_____)	_____				
携帯メール	_____ @ _____ @ _____							
E-mail	_____ @ _____							
紹介者								

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教会の運営・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。

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。

改善したい症状

1: 膝の痛み

← 痛み・症状が全くない 想像できる最高の痛み・症状 →

0 10

2: 腰・お尻 (たまに)

← 痛み・症状が全くない 想像できる最高の痛み・症状 →

0 10

3:

← 痛み・症状が全くない 想像できる最高の痛み・症状 →

0 10

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きます)

インストラクター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM 個

チェック

①足の開き ・右: 約 _____ 度 ・左: 約 _____ 度

②SLR ・右: 約 _____ 度 ・左: 約 _____ 度

③屈伸曲 ・右: 約 _____ 度 ・左: 約 _____ 度



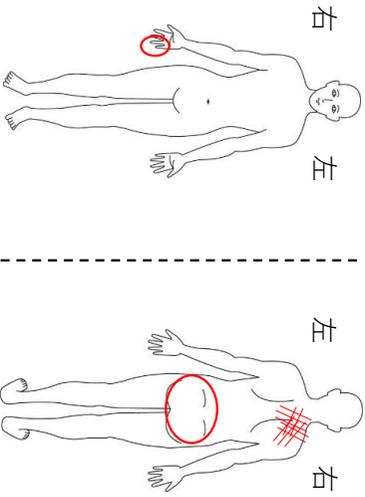
⑩ 背骨矯正 カスタマーカード

年 月 日 () 回目 No. (2回目以降の方は、お名前と変更点がある場合ご記入ください)

ふりがな			生年	・大正	年	月	日生
お名前	竜野 運杉		月日	・昭和	年	月	日生
性別	男性		・平成	満 (48)	歳		
ご自宅住所	〒 —						
お電話番号	ご自宅 ()	—	携帯 ()	—			
携帯メール			@				
E-mail			@				
			ご紹介者				

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教会の運営・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。

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

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。

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カーを入れてください。

改善したい症状

1: **ぎっくり腰**

2: **肩こり**

3: **小指・薬指のしびれ**

【例】

← 痛み・症状が全くない

← 痛み・症状が全くない

← 痛み・症状が全くない

← 想像できる最高の痛み・症状

← 想像できる最高の痛み・症状

← 想像できる最高の痛み・症状

← 想像できる最高の痛み・症状

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きます)

インストラクター使用欄 (お客様記入の必要はありません) *****

ROM

①足の開き

②SLR

③屈伸曲

・右: 約 度

・右: 約 度

・右: 約 度

・左: 約 度

・左: 約 度

・左: 約 度

普段デスクワークだが、昨日たまた重い荷物を持ち上げた瞬間、激痛。動けなくなつた。昨日より少しマシだが、まだかなりの痛み。いつも肩こり(肩甲骨の奥)。指のしびれも最近少し気になりだしている。



(同意書A) サンプル

背骨コンディショニングを受けられる皆様へ

この度はご縁をいただき、足をお運びくださいますありがとうございます。

背骨コンディショニング™は背骨の歪みからおこる身体の不調を、ゆるめる・矯正する・筋力をつけるの3要素によって改善を目指すプログラムです。

特定の疾患に対する直接的な治療を目的とするものではありません。

我々は、手技による矯正で歪みを整え、神経のハリを取りのぞき、自然治癒力を高めるお手伝いをさせていただきます。

不調から解放されて快適な身体を取り戻しましょう！

下記項目のご確認と同意をお願いいたします。

* 参加条件 *

以下の方は矯正を受ける前に必ずお申し出ください。お申し出をされないままご自身の判断で矯正を受けた場合のトラブルについては、当方は一切の責任を負いかねます。

なお、矯正開始後に以下の事項に該当することが判明をした場合、もしくは、他のお客様にご迷惑となると当方が判断したお客様については、矯正を中断する場合がございます。またその場合でも矯正代金は通常どおり頂戴します。

* 骨折、脱臼している方、またはその疑いのある方

* 妊娠中の方、またはその可能性のある方

* 骨粗鬆症の診断を受けている方

* 椎間板ヘルニア、後縦靭帯骨化症、変形性脊椎症、脊柱管狭窄症、環軸椎亜脱臼、不安定脊椎、側弯症、二分脊椎症、脊椎すべり症などと明確な診断がなされているもの

* 腫瘍性疾患、出血性疾患、感染性疾患、リュウマチ、筋委縮性疾患の方

* 心臓病（心疾患）の方

* 酒気を帯びている方

* 反社会的勢力の方、もしくは入れ墨をしている方

* 伝染性皮肤病、重度の水虫の方

* その他、矯正にあたり支障となりうる疾病、怪我等を有している方、またはその疑いのある方（ご自身で判断がつかない場合はご申告ください）

* 矯正の内容と矯正中の諸注意 *

背骨コンディショニングは、歪んだ背骨（椎骨）一つ一つや歪んで固まった関節を、症状と歪みに合わせて丁寧に緩め、矯正してゆきます。インストラクターは症状に関する質問をいたしますので、可能な範囲で正確な情報をお伝えください。矯正中に痛みを感じた場合や、気分が悪くなった場合は必ずその場でお申し出ください。申告なさらずにご自身の判断で矯正を継続し、症状が悪化した場合には、当方では一切の責任を負いかねます。

* 矯正後の諸注意

[反動] 歪んでいる背骨を整えることで、それまで縮んでいた神経・筋肉の状態が変わるため、一時的に痛みが増したり、これまでの症状がきつくなったように感じたり、だるい・眠いといった現象がおこる事があります。これは良い方向に向かう好転的な反応（反動）で、矯正した骨が歪んでいた場所に戻ろうと筋肉や靭帯が収縮を起こしていたり、鈍麻していた神経が本来の伝達を取り戻している状態と考えられます。この場合、ゆるめ体操をしていただくか、使い捨てカイロ等で温めていただくと症状が和らぎます。数日経っても改善しない場合はお問い合わせください。

矯正後に一時的な頭痛、めまい、疲労感などの不快症状を感じる場合がございますので、施術直後はゆっくりと起き上がってください。急に立ち上がりますと、めまい等により転倒する危険があります。

腰痛等の身体の不調について医療機関の診断を受けていない場合に、痛みが著しく強く、かつ、長期間もしくは多数回の矯正によっても症状が軽減、消失しない場合には、滞在的に器質的疾患を有している可能性があるため、施術を中止して速やかに医療機関において精査を受けてください。

以上の内容について説明を受け、ご理解・ご納得いただいた上で矯正を受けられますか？

以上の内容にご了承いただけましたら、ご署名をお願いいたします。

同意書A及びB（もしくは動画説明）を確認しました。

年 月 日

ご署名： _____

(同意書B) サンプル

背骨コンディショニングを受けられる皆様へ

下記項目（もしくは動画説明）のご確認と同意をお願いいたします。

* 痛点チェックの内容 *

お客様には痛みや歪みの気づき、指導者には見立てをするのに必要となる検査で

下記の痛点チェックが必須項目となっておりますのでご了承ください。

* 痛点チェックの内容・・・①～⑤

* 服をめくり腰椎・仙椎（腰部・骨盤上部）の確認・・・⑥

①



②



③



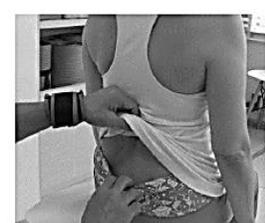
④



⑤



⑥



※オプション（左から気管支・胃・胆嚢・大腸の臓器チェック）



* 矯正の内容 *

背骨コンディショニングは、下記の写真の様に歪んだ背骨（椎骨）一つ一つ歪んで固まった関節を、症状と歪みに合わせて丁寧に緩め、矯正していきます。

矯正時に触れられたくない部位がございましたら下記の写真をご覧頂き、

お申し出ください。※ライセンスやその時の状況により矯正する範囲が異なります

①（仙骨）



②（腰椎・胸椎）



③（股関節）



④（股関節）



⑤（肩関節）



⑥（胸肋関節）



⑦（頭蓋骨）



⑧（顎関節）



⑨（首）



以上の矯正内容について説明を受け、ご理解・ご納得いただいた上で矯正をお受けください。

背骨コンディショニング
パーソナル養成講座 課題 BOOK

発行 一般社団法人背骨コンディショニング協会

2014年10月7日 初版
2023年4月1日 改訂

公式ホームページ <http://www.sebone-c.org/>

公式フェイスブックページ
<http://www.facebook.com/SeboneConditioning/>

本内容を無断で複製することを禁じます。
落丁、乱丁本はお取り替え致します。
