

# 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

(講師用)

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"> <li>・ パーソナルトレーナー養成講座 課題について…P.2</li> <li>・ 課題1 病理学（知識）               <ul style="list-style-type: none"> <li>1 日目までの事前課題…P.3</li> <li>2 日目までの事前課題…P.9</li> <li>3 日目までの事前課題…P.13</li> <li>4 日目までの事前課題…P.18</li> </ul> </li> <li>・ 課題2 解剖学（知識）               <ul style="list-style-type: none"> <li>1 日目・2 日目までの事前課題 筋肉（大殿筋）…P.23</li> <li>3 日目までの事前課題 筋肉（菱形筋）…P.25</li> <li>1 日目・2 日目までの事前課題 神経（坐骨神経・大腿神経）…P.27</li> <li>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.29</li> <li>4 日目までの事前課題 神経の分類…P.33</li> </ul> </li> <li>・ 課題3 筋力トレーニング（実践）…P.34               <ul style="list-style-type: none"> <li>トレーニングレコード A…P.35</li> <li>トレーニングレコード B…P.36</li> </ul> </li> <li>・ 課題4 ロールプレイの実施（技術）…P.37               <ul style="list-style-type: none"> <li>フィードバックシートサンプル…P.38</li> </ul> </li> <li>・ 課題5 ゆるめ体操（実践）…P.39</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ カスタマーカードサンプル…P.40</li> <li>・ カスタマーカード症例               <ul style="list-style-type: none"> <li>1 日目①～②…P.41・42</li> <li>2 日目③～④…P.43・44</li> <li>3 日目⑤～⑦…P.45～47</li> <li>4 日目⑧～⑪…P.48～51</li> </ul> </li> <li>・ 同意書 A…P.52</li> <li>・ 同意書 B…P.53</li> </ul> <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"> <li>・ フィードバックシート</li> <li>・ カスタマーカード</li> <li>・ 同意書 A・B</li> </ul>

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～P.24
- 3日目までの事前課題…P.25

神経

- 1・2日目までの事前課題…P.27～P.28
- 3日目までの事前課題…P.29～P.32
- 4日目までの事前課題…P.33

### ■ 課題3：筋力トレーニング（実践）…P.34

---

- 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.37

---

- 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.39

---

- 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>P.120</p> <p>どの神経が伝導異常を起こしているのか見極める。</p> <p>星状神経節の張りは、肩・首前をチェック →絶対押してはいけない。</p> <p>*ストレスの話出たら、確かに交感神経緊張すると痛み感じやすくなるのは事実。しかしストレスあって、肩凝る人と頭痛出る人と胃痛出る人と腰痛くなる人いる。歪んでそもそも異常ある所に来るだけでは？</p>		

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>P.122</p> <p>石灰たまってる時に、溶かす注射、石灰抜く治療もある様子。すぐ楽になるケースもあるが、そもそも何で溜まったのか？たまらないように、を考える。</p> <p>肩板が断裂していても、最終的には筋トレするしかない。</p> <p>背中の丸み、肩鎖・胸鎖・胸肋関節の内旋のチェックは肩こり・自律神経失調症含めて必須。</p>		

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>P.132</p> <p>神経の出処（首）と中継地点（肩）と、場所そのものへのアプローチが必要。</p> <p>*加齢の話が出たら、年取って全員が同じ症状出るならわかるが、出る人とでない人がいる。言うなら歪んでいる期間が長い、動かさなかった期間が長い、という事では？</p>		

■ 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
<p>胃・十二指腸・小腸・大腸・肝臓・胆のう・膵臓の大まかな働き</p>	<p>P.84・P.89  <span style="color: red;">内臓と背骨の歪みと聞くとなんか突拍子もなく聞こえるかもしれませんが、内臓の神経も背骨から出ています。神経の伝導異常が起こると筋肉がこったりはったりするように、内臓の内壁も固くなります。なぜかはわかっていませんが、内臓の内壁が固くなると内臓の機能低下がおこるのです。</span></p>		

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>P.134</p> <p>まずは頸椎 1～2 番の（痛点や ROM）チェックを行い、この骨がズレると内耳神経が伝導異常を起こしてめまい・耳鳴り・突発性難聴を起こすことを関連付ける。</p> <p>来た時には起こっていないめまいが、運動してめまいを起こしたとなると、私には合わないと言ってしまう人がいるため、あらかじめ反動の説明は行っておくとよい。</p> <p>めまいがある方には必ず病院での脳検査を勧める。</p>		

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>P.136</p> <p>まずは頸椎 1～2 番の（痛点や ROM）チェックを行い、この骨がズレると内耳神経が伝導異常を起こしてめまい・耳鳴り・突発性難聴を起こすことを関連付ける。</p> <p>来た時には起こっていないめまいが、運動してめまいを起こしたとなると、私には合わないと諦めてしまう人がいるため、あらかじめ反動の説明は行っておくとよい。</p> <p>めまいがある方には必ず病院での脳検査を勧める。</p>		

⑱ 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>P.138</p> <p>自律神経失調症というと100%精神的なことやストレスのせいになされがちですが、自律神経は内臓の働きを調整している神経です。背骨と非常に関係が深くて背骨が歪むと自律神経も大きく引っ張られて緊張を起こします。ストレスを無くすことは難しいことですが、背骨を整えることは可能です。</p> <p>この神経痛くないですか？（首の付け根の正中神経痛点チェック）首の1番がズレている証拠です。</p> <p>そんなの薬で治らないでしょ？運動で治すことは可能ですよ。</p> <p>その代わりにアップダウンあるからくじけないでよ</p>		

⑳ 花粉症・アレルギー・喘息

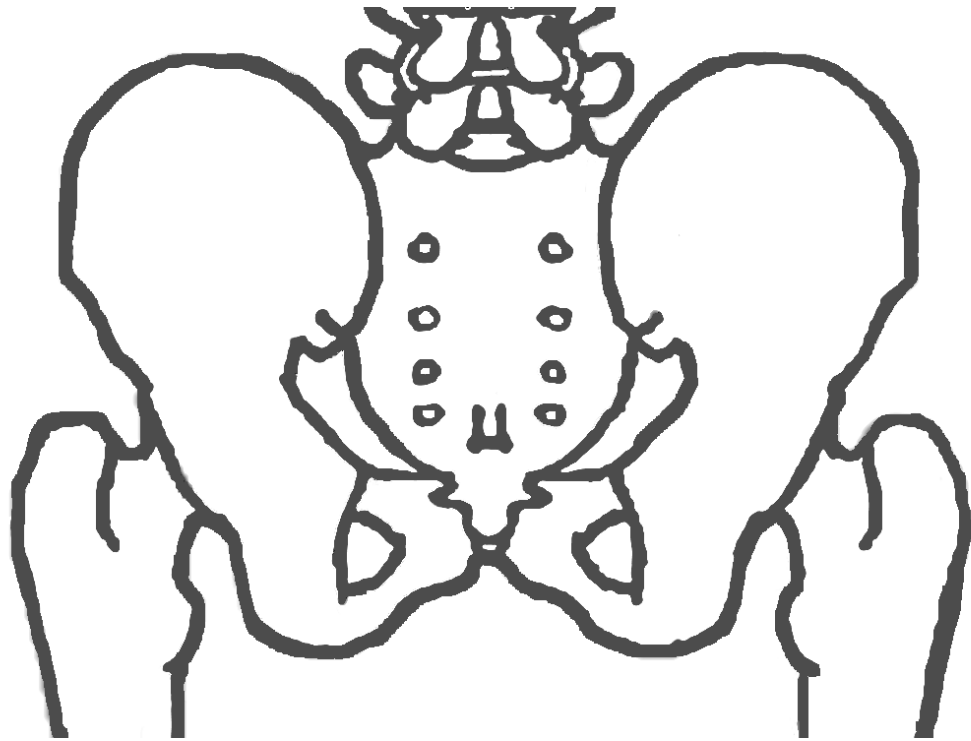
※事前課題はAとBのみ行う

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>P.154                      胸椎3～5番の歪みをまずチェックしましょう。                      ここから出ている神経が気管支や肺に関わることや胸腺という免疫システムのT細胞への教育がおかしくなるとアレルギーの症状が起こることになる。肩甲骨の間コッタリしませんか？</p>		

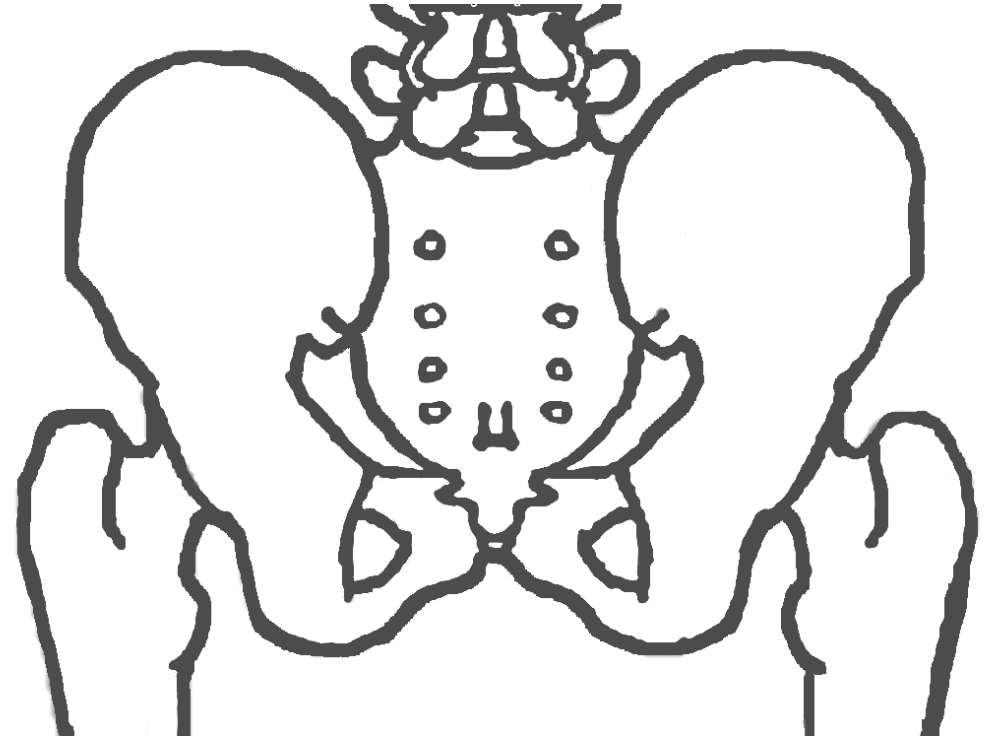
課題2

解剖学（知識） \*解剖学の説明は、確認用紙、ホワイトボードどちらの使用をしてもかまいません

- 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





## ●解答例●

■ 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。PT 教本 P.47 参照・IR 教本 P.28 参照

### 大殿筋

#### 作 すべての線維：

- 股関節を伸展させる
  - 股関節を外旋させる
  - 股関節を外転させる
- #### 下部線維：
- 股関節を内転させる

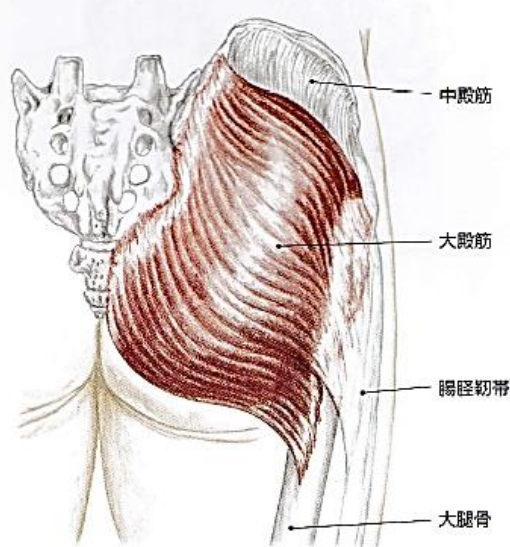
起 尾骨、仙骨の端、後腸骨稜、仙結節靭帯および仙腸靭帯

停 腸脛靭帯(上部線維)  
殿筋粗面(下部線維)

神 下殿神経(L5、S1、2)

参考資料：医道の日本社

「ボディ・ナビゲーション～触ってわかる身体解剖～」



(6.79) 右殿部の後面図

### 背骨コンディショニングで大切な事

起始部は仙骨 → 仙骨の歪みを抑える根拠となっている

停止部は大腿骨の外側 → 股関節のハマリをよくする根拠となっている

### 機能解剖、筋力強化、ストレッチング（西洋医学からの見方）

大殿筋は骨盤と大腿骨が接近し、股関節が 15° 以上伸展されたときに動きます。したがって、この筋肉は普通の歩行ではさほど使われません。この筋肉を使うには、外旋を伴った股関節の伸展をする必要があります。

ランニング、ホッピング、スキップ、ジャンプで大殿筋は大変よく働きます。

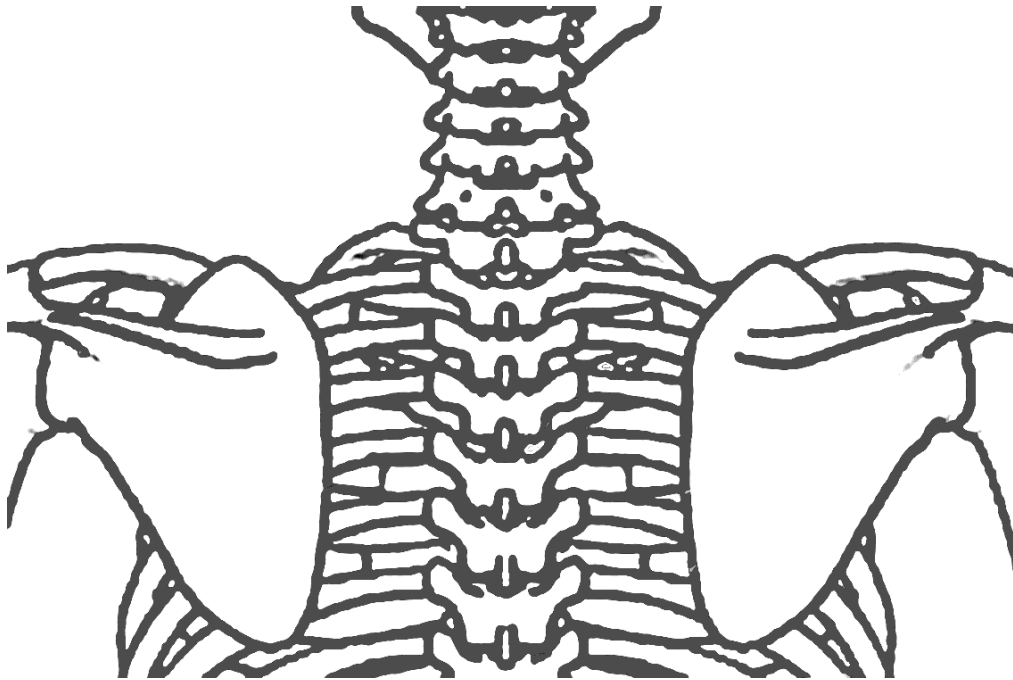
バーベルを担いでのスクワットでは、この筋肉が力強く収縮して股関節が伸展します。

前傾姿勢かまたは腹臥位での股関節の伸展がこの筋肉のトレーニングとして使われます。股関節を屈曲させた状態から膝を 30° 以上曲げて、ハムストリングを使わずに股関節を伸展させると大殿筋がよく鍛えられます。

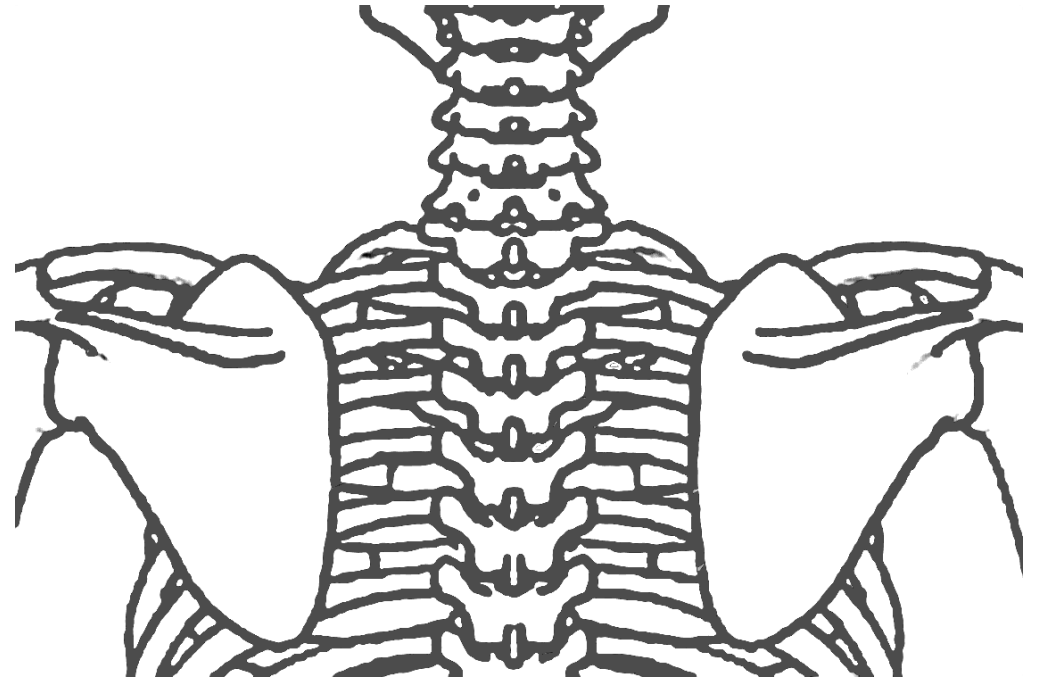
背臥位で、ストレッチさせたい方と同側の肩に膝が向くように膝をかかえる方法や、側の方に向けて膝を抱え、股関節を内旋させることでよりストレッチ効果が得られます。

■ 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。

---

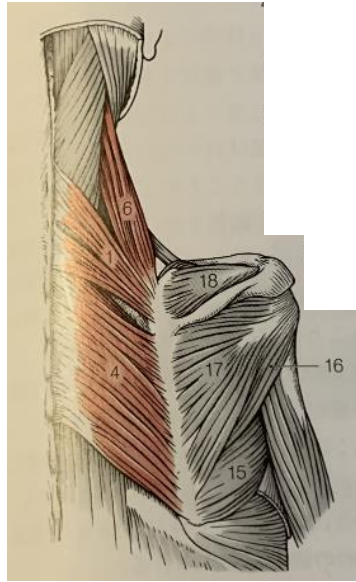


確認用

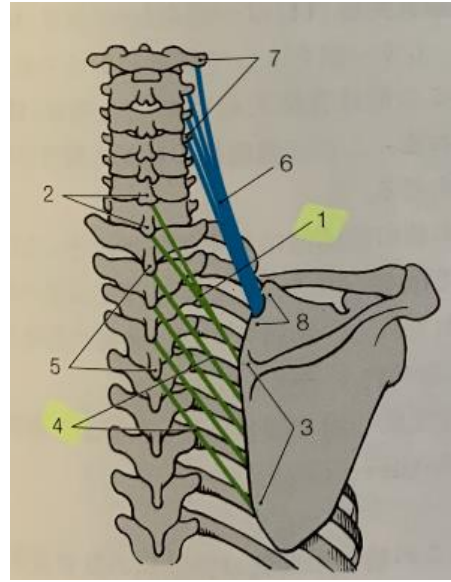


●解答例●

■ 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。PT 教本 P.53 参照



A 菱形筋と肩甲拳筋



B 模型図

(菱形筋と肩甲拳筋の起始・経過および停止)

背側筋群 (A～D)

小菱形筋(1)は第6,7頸椎の棘突起(2)から起こり、肩甲骨内側縁(3)に終わる。

大菱形筋(4)は小菱形筋の下方にあるが、第1～4胸椎の棘突起(5)に始まり、同様に肩甲骨内側縁(3)の小菱形筋の停止の下方に終わっている。

これら両筋は同じ働きをもつ。すなわち肩甲骨を胸郭に押しつけ、肩甲骨を脊柱の方へ引きつけることができる。

ときに大・小菱形筋は融合して単一の菱形筋 M. rhomboideus となる。

神経支配：肩甲骨神経 N. dorsalis scapulae (C4とC5)

菱形筋：小菱形筋は、肩甲棘の若干上の高さくらいから伸びる。

図では頸椎1・2が隠れている事に注意。

こうしたところを読み取る能力もつけましょう。

機能解剖、筋力強化、ストレッチング

菱形筋は肩関節が外転するとき、すなわち腕が外側に向かって動くときに、肩甲骨を内転位に保つ動きをします。この筋肉は懸垂のような運動で特に力を発揮します。鉄棒にぶら下がって腕をまっすぐに伸ばした状態では、肩甲骨は最も上方回旋していますが、いったん懸垂を始めれば、肩甲骨は菱形筋によって下方に回旋(下方回旋)されつつ、脊柱に向かって引っ張られます。

僧帽筋と菱形筋が一緒に働くと、肩甲骨はわずかに挙上しながら内転します。この肩甲骨のわずかな挙上を防ぐためには、広背筋の働きが必要となります。

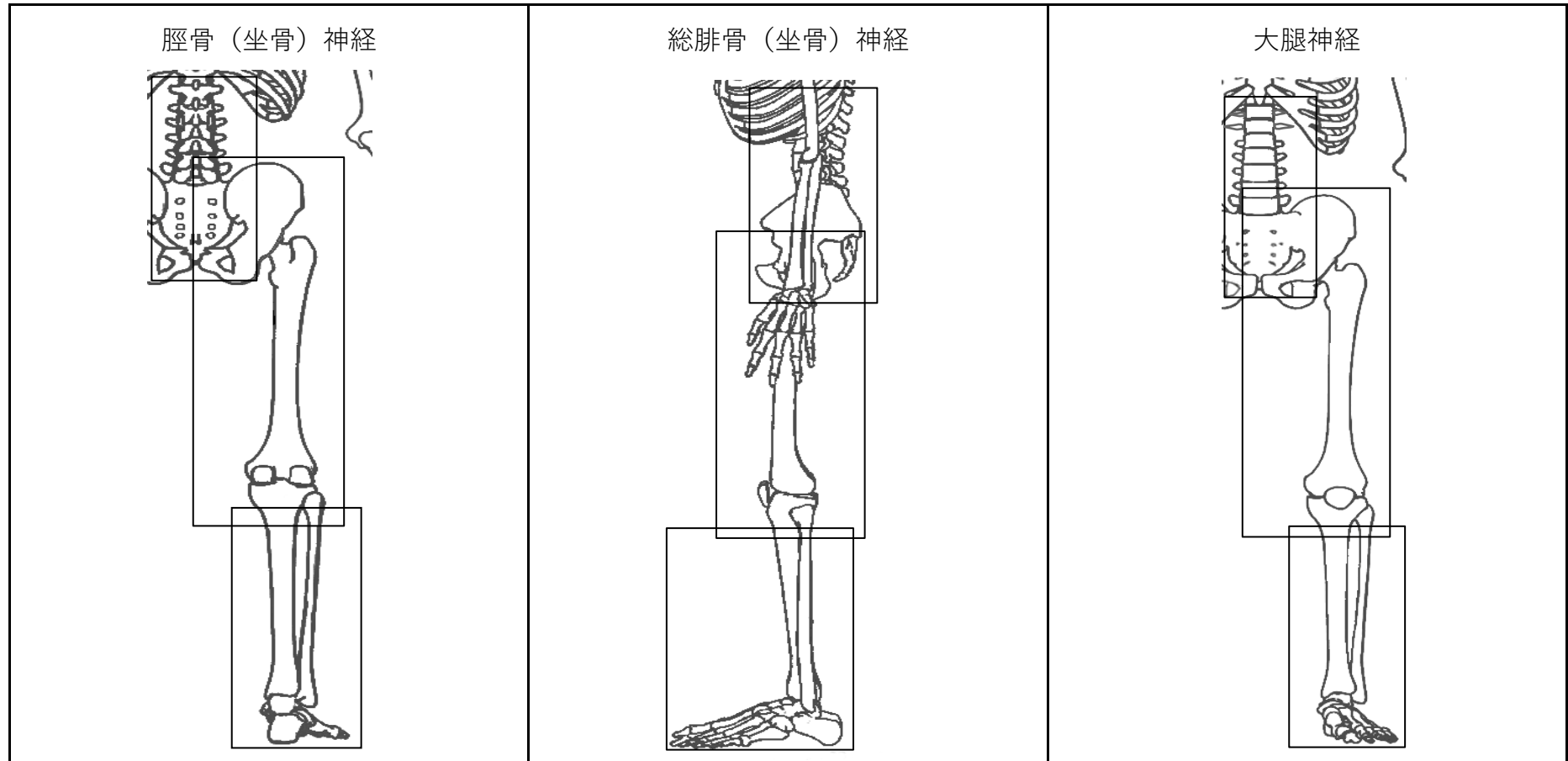
懸垂やディッピングは菱形筋を鍛える大変よいエクササイズです。菱形筋をストレッチするためには、肩甲骨を下制させたまま他動的に肩甲骨を外転させます。また、上方回旋させながらストレッチをしても効果的です。

■ 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

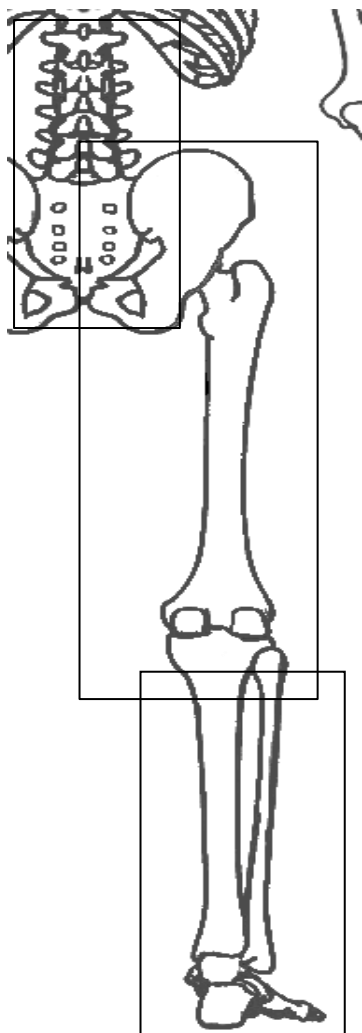
(解答は1日目テキスト P.11 参照)

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。)

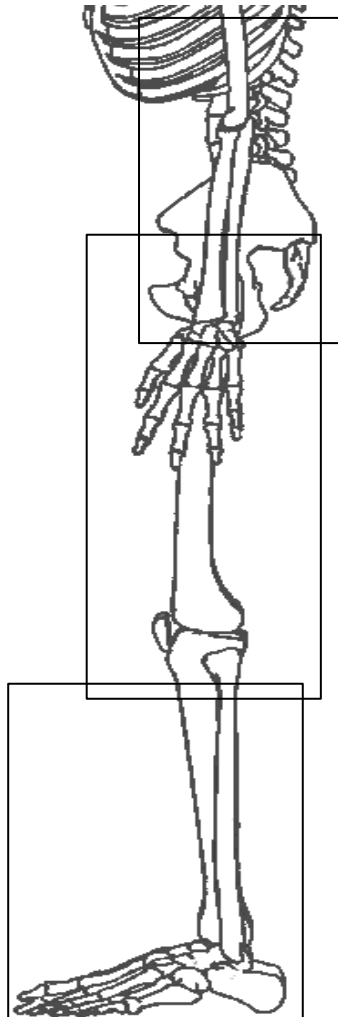
背骨コンディショニングの理論のアプローチする椎骨及び痛点検査との関連について受講者に理解されるように説明する。IR 教本 P.35・48・49・50・60 参照



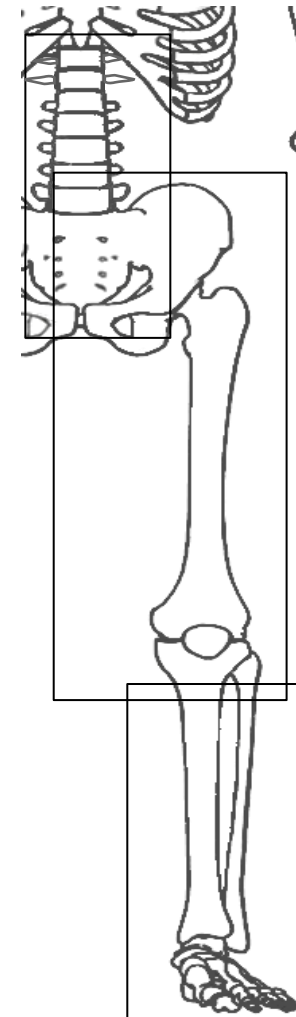
脛骨（坐骨）神経



総腓骨（坐骨）神経



大腿神経

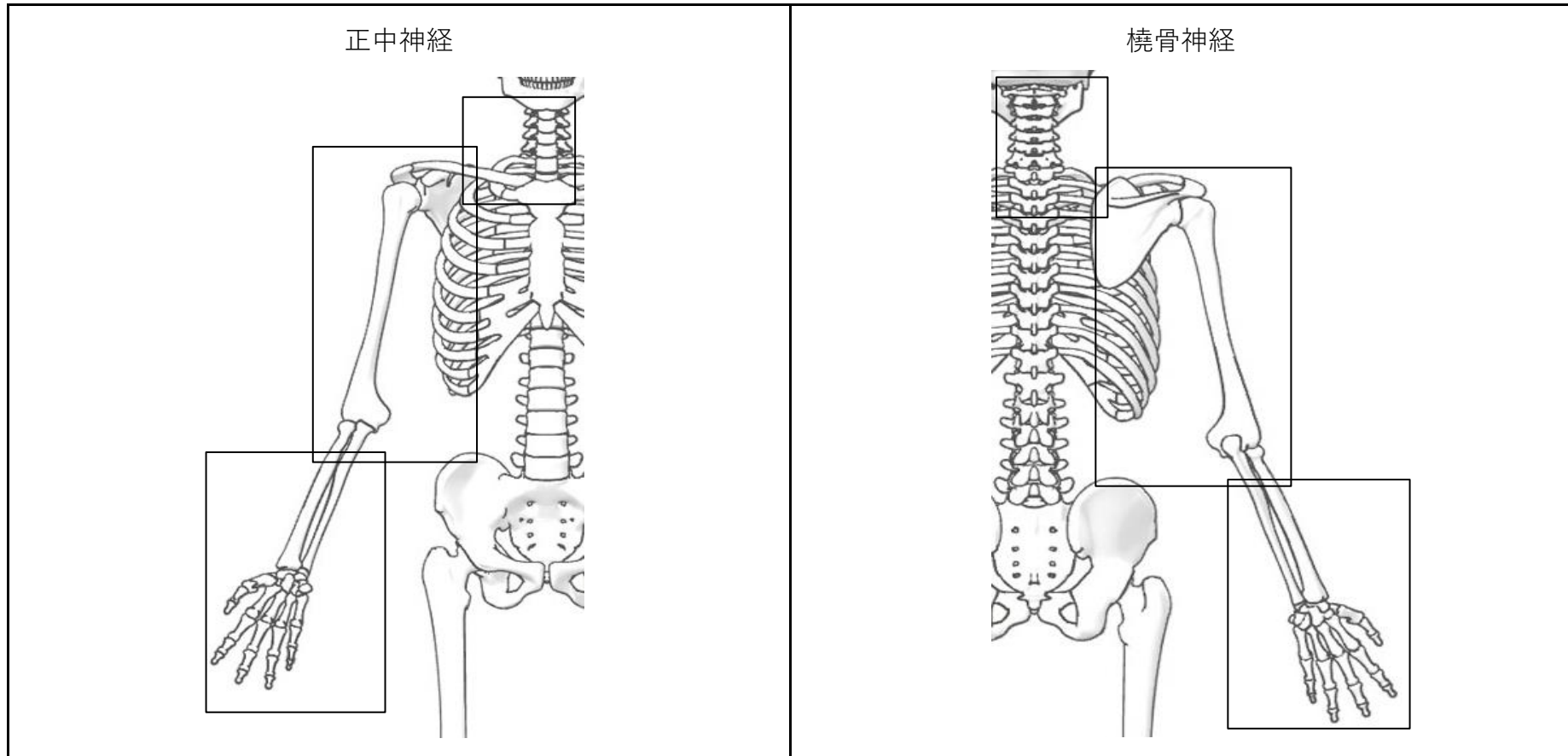


■ 3日目までの事前課題 神経：正中神経、橈骨神経、尺骨神経について (解答は3日目テキスト P.8 参照)

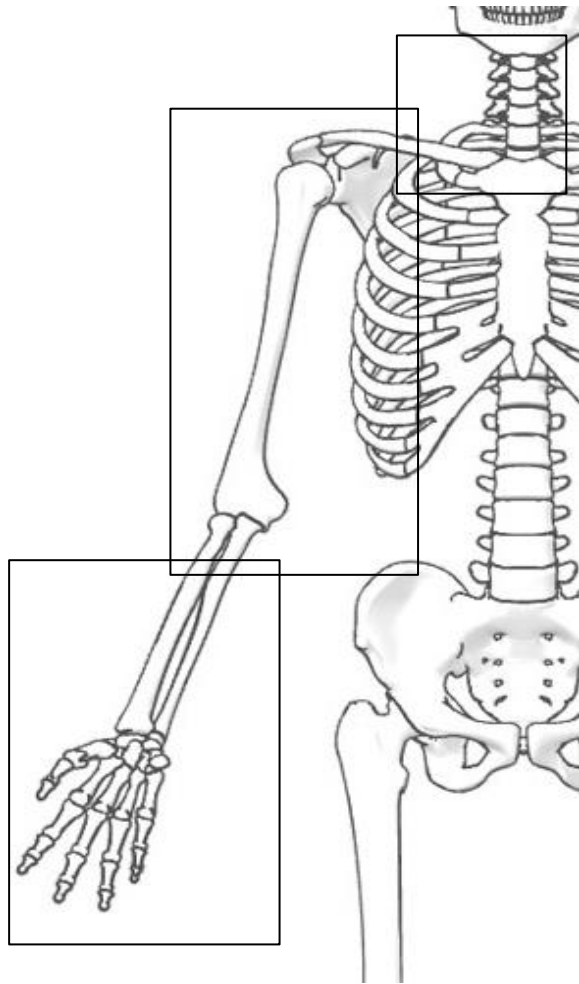
神経：図の中に西洋医学の各神経の走行と背骨コンディショニングで考えるアプローチする椎骨がわかるように書き込みましょう。

(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。)

背骨コンディショニングの理論のアプローチする椎骨及び痛点検査との関連について受講者に理解されるように説明する。IR 教本 P.34・51・52・53・54 参照



## 尺骨神経



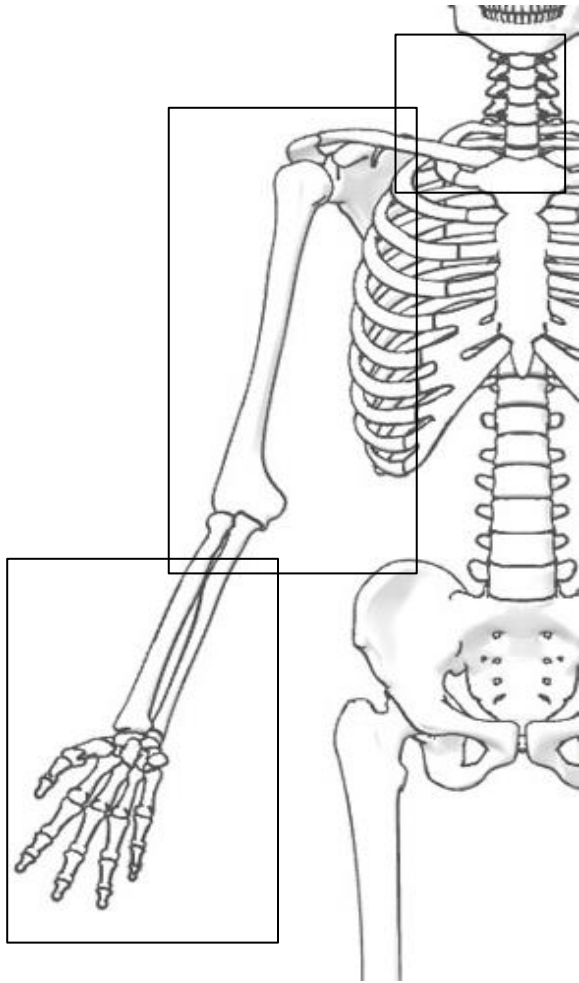
西洋医学の神経の走行と、背骨コンディショニングで各神経の通り道に症状が出る時にアプローチする椎骨が異なる事を理解する。

正中神経:背骨コンディショニングではC1～3にアプローチ。  
C1～3は図では隠れて見えない。

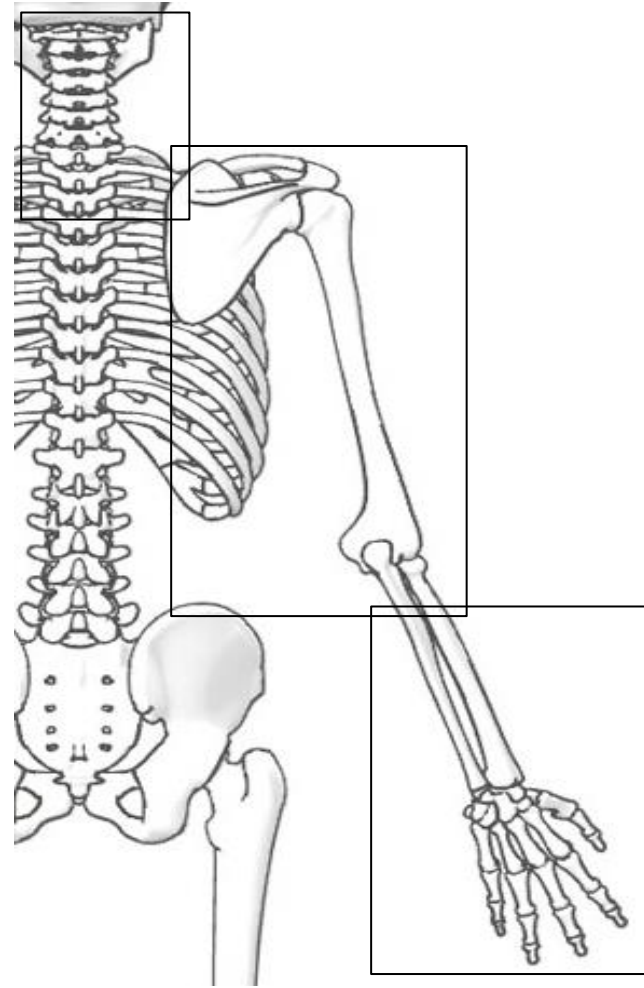
橈骨神経:背骨コンディショニングではC4～6にアプローチ。

尺骨神経:背骨コンディショニングではC7/T1～3にアプローチ。

正中神経

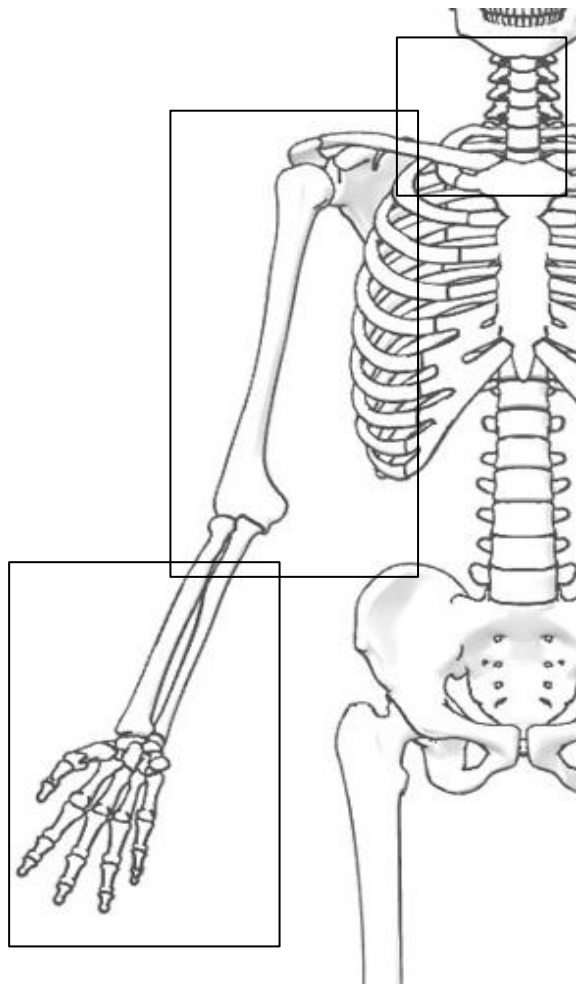


とう骨神経





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。

正中神経:背骨コンディショニングではC1～3にアプローチ。  
C1～3は図では隠れて見えない。

橈骨神経:背骨コンディショニングではC4～6にアプローチ。

尺骨神経:背骨コンディショニングではC7/T1~3にアプローチ。

■ 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。PT 教本 P.43 参照

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	
		延髄	
		脊髄	
	末梢神経系	脳 神経（12 対）	
		脊髄神経	頸 神経（8 対）
			胸 神経（12 対）
			腰 神経（5 対）
			仙骨 神経（5 対）
			尾骨 神経（1 対）

末梢神経の機能的分類

末梢神経系	体性神経系	感覚（知覚）神経
		運動神経
	自律神経系	交感神経
		副交感神経

### 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 <b>80%～85%</b>		
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 ~      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。

もし次回開催日までに提出ができなかった場合は、最終日までに提出できればそれでも構わない。  
それぞれの提出物の中身は評価の対象とはならない。

フィードバックシートは講師が必要枚数分用意し、受講者に渡し、提出してもらう。

講師は、上記の認定要件について、受講生にしっかりと伝えておく事。

**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）」

実際のクラスの見学やパーソナル指導や背骨矯正の見学が出来る事も伝える。



カスタマーカードサンプル

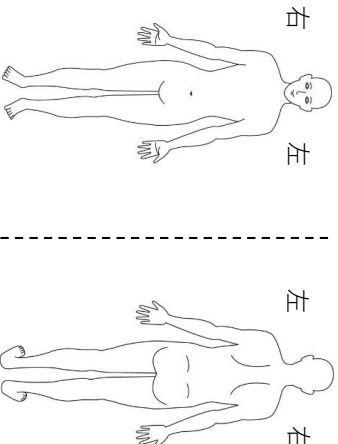
## 背骨矯正 カスタマーカード

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。

**4** 3で記入した症状に関して、ここ1ヶ月間ほ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: \_\_\_\_\_

2: \_\_\_\_\_

3: \_\_\_\_\_

**【例】**

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

②SLR              ・右：約 \_\_\_\_\_ 度      ・左：約 \_\_\_\_\_ 度      個

③屈伸曲          ・右：約 \_\_\_\_\_ 度      ・左：約 \_\_\_\_\_ 度      個

SCA 背骨コンディショニング協会  
一般社団法人  
SINCE 2001

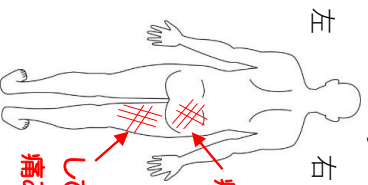
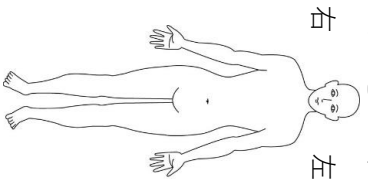
# ① 背骨矯正 カスタマーカード

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	<b>瀬穂根 よい子</b>		月日	・昭和	年	月	日生
ご自宅住所	〒	—	・平成		満 ( <b>72</b> )	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)**

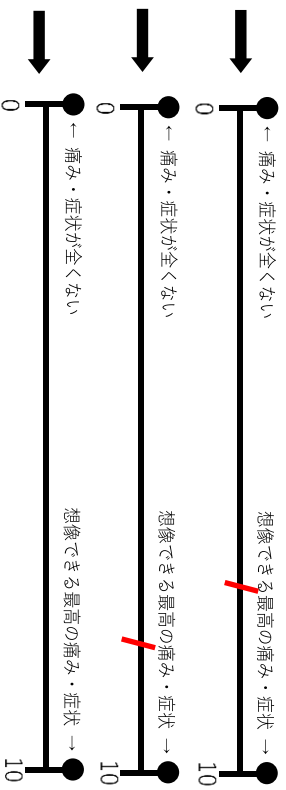
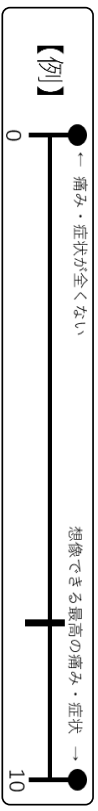
**3** 現在気になる症状を、改善したい順にご記入ください。

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) \*\*\*\*\*

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

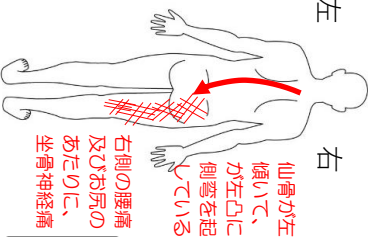
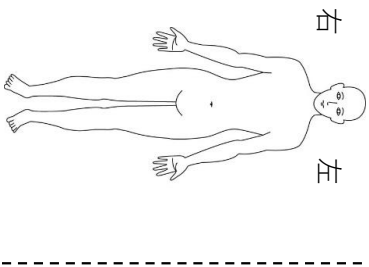
## ② 背骨矯正 カスタマーカード

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	<b>腰賀 亜宇人</b>			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 側弯を起こ している | <input type="checkbox"/> 耳鳴り       | <input type="checkbox"/> 冷え性      |
| <input type="checkbox"/> 自律神経失調症                      | <input type="checkbox"/> 肝機能障害     | <input type="checkbox"/> 不整脈      |
| <input type="checkbox"/> その他アレルギー                     | <input type="checkbox"/> 胃・腸など内臓疾患 | <input type="checkbox"/> 生理不順・生理痛 |

**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

【例】

1: **腰痛**

2: **坐骨神経痛**

3:

← 痛み・症状が全くない      想像できる最高の痛み・症状 →

0      10

← 痛み・症状が全くない      想像できる最高の痛み・症状 →

0      10

← 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  
チェック

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

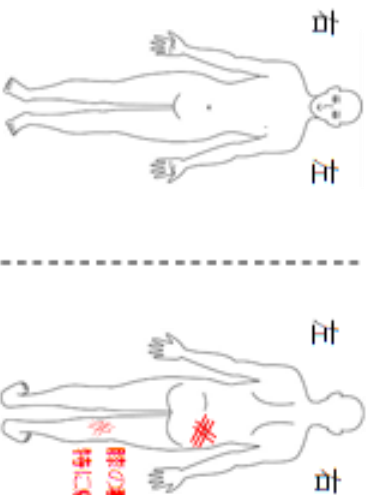
### ③ 背骨矯正 カスタマーカード

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	麻以 木照		生年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日	日生
お名前	麻以 木照		生年 月 日	昭和 平成	年 月 日	日生
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、背骨コンプレックス・ミネソタ教会の運営・営業及び背骨矯正の歴史管理にのみ利用し、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・生埋痛 |                               |
| <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  
右ふくらみから下のむくみ

**3** 現在気になる症状を、改善したい順にご記入ください。

**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: 膝の痛み  
正座が  
できない



2:



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。

膝の裏側の痛み、また膝の骨に大きな変形はみられない。痛み止めを処方されているが、先日よりヒアルロン酸の注射を打ち出した。

イラストモニター使用欄 (お客様記入の必要はありません) \*\*\*\*\*

ROM

①足の固き 度 右: 約 度 左: 約 度

②SLR 度 右: 約 度 左: 約 度

③屈伸曲 度 右: 約 度 左: 約 度

一級社団法人 SCA 背骨コンプレックス協会

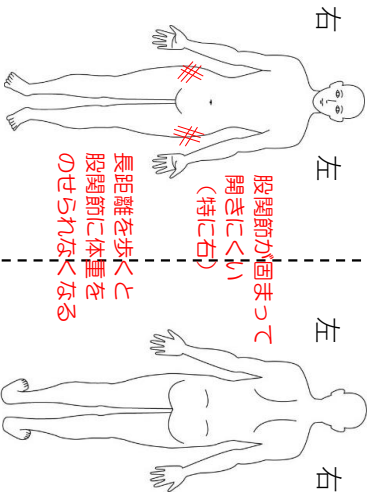
## ④ 背骨矯正 カスタマーカード

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	<b>肥布 丈院人</b>			月日	・昭和	年	月	日生
ご自宅住所	〒 —				・平成	満 ( )		歳
ご電話番号	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  
**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: **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: 約      個      ・左: 約      個

②SLR            ・右: 約      度      ・左: 約      度

③屈伸曲        ・右: 約      度      ・左: 約      度

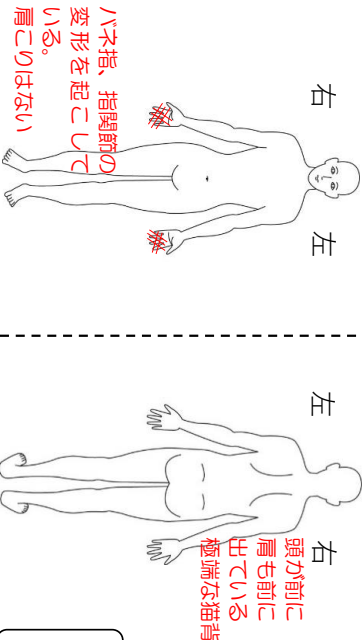
## ⑤ 背骨矯正 カスタマーカード

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 月 日	・大正 ・昭和 ・平成	年 月 日 生
お名前	肩古里 杉		満 ( 70 ) 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、背骨コンプレクシオニク教會の運営・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ニク協会

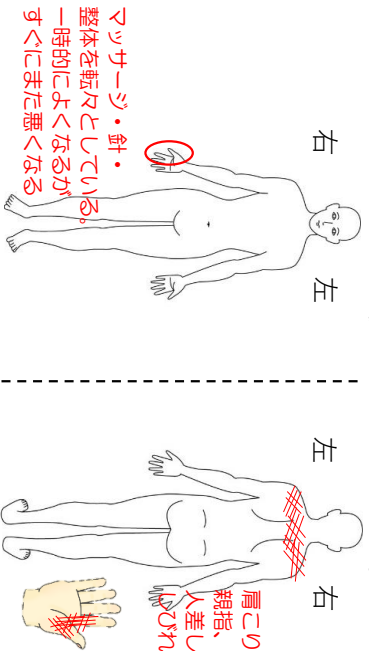
## ◎ 背骨矯正 カスタマーカード

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	<b>親指 志美玲</b>			月日	・昭和	年	月	日
ご自宅住所	〒 _____			満 (	平成	満 (	<b>55</b>	) 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

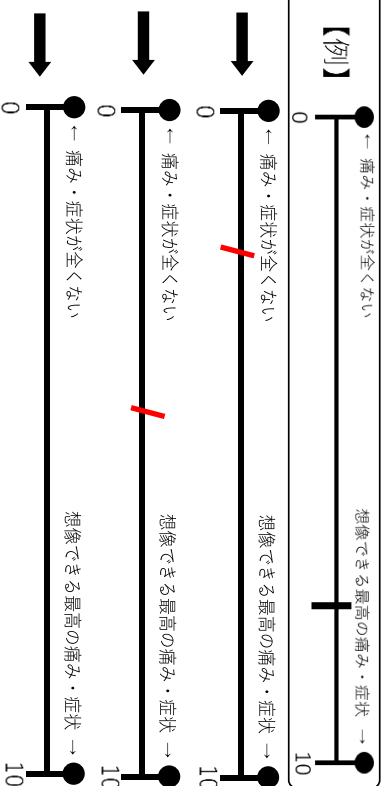
1: 手のしびれ

指が動かなくなるので  
はないかと  
とても心配

2: 肩こり

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。

・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) \*\*\*\*\*

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

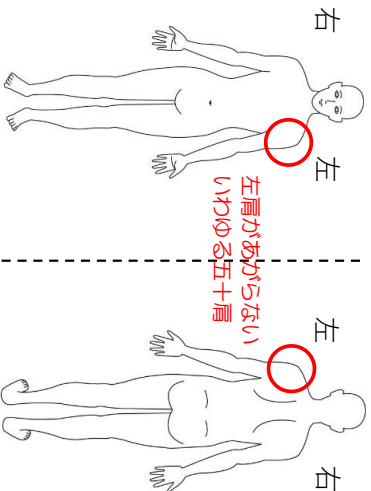
# ⑦ 背骨矯正 カスタマーカード

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				@	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。

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  
 チェック

- |       |       |   |       |   |
|-------|-------|---|-------|---|
| 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 |



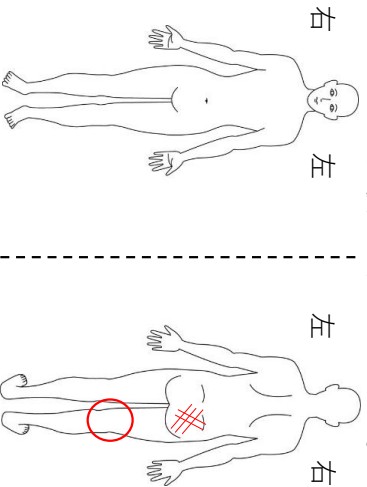
## ⑧ 背骨矯正 カスタマーカード

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？お客様の欢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**      度      個

**チェック**

①足の開き      ・右: 約 \_\_\_\_\_ 度      ・左: 約 \_\_\_\_\_ 度      個

②SLR      ・右: 約 \_\_\_\_\_ 度      ・左: 約 \_\_\_\_\_ 度      個

③屈伸曲      ・右: 約 \_\_\_\_\_ 度      ・左: 約 \_\_\_\_\_ 度      個

**膝が痛くて正座がきつい。病院では加齢で膝の軟骨がすり減っていると言われた。2〜3年前に腰椎4番のすべり症と診断され、腰も少し調子が悪く、疲れるとたまに痛む。**

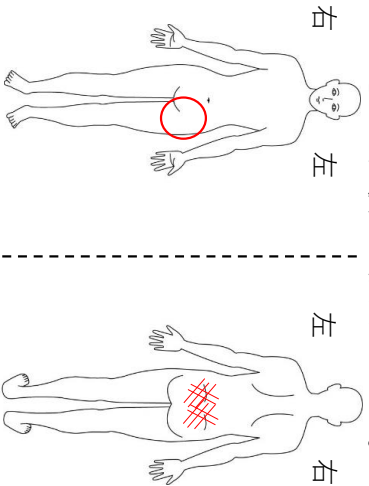
## ⑨ 背骨矯正 カスタマーカード

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	保賀田	伊代	月日	・昭和	満 (	67	) 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学会の運営・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カーを入れてください。

改善したい症状

**1: 股関節の痛み**

← 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      10      0      10      0      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 →

**2: 腰の痛み**

0      10      0      10      0      10

← 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      10      0      10      0      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 →

**3:**

0      10      0      10      0      10

← 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      10      0      10      0      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 →

**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)

インストールクッキー使用欄 (お客様記入の必要はありません) \*\*\*\*\*

ROM      度      個      度      個

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

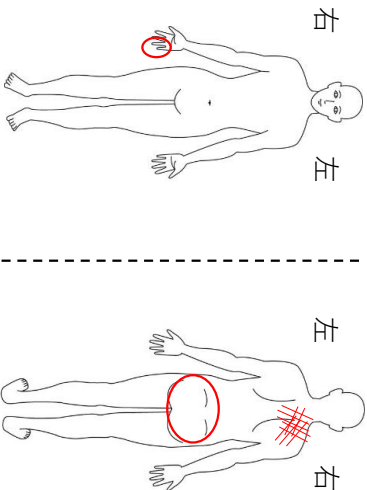
# ⑩ 背骨矯正 カスタマーカード

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 月日	・大正 ・昭和 ・平成	年 月 日 生
お名前	<b>竜野 運杉</b>		性別	<b>男性</b>	
ご自宅住所	〒 _____		年齢	満 ( <b>48</b> ) 歳	
ご電話番号	ご自宅 ( _____ )	携帯 ( _____ )	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カーを入れてください。

改善したい症状

**1: ぎっくり腰**

← 痛み・症状が全くない → 想像できる最高の痛み・症状 →

← 痛み・症状が全くない → 想像できる最高の痛み・症状 →

← 痛み・症状が全くない → 想像できる最高の痛み・症状 →

← 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: 約 \_\_\_\_\_ 個      ・左: 約 \_\_\_\_\_ 個
- ②SLR            ・右: 約 \_\_\_\_\_ 度      ・左: 約 \_\_\_\_\_ 度
- ③屈伸曲        ・右: 約 \_\_\_\_\_ 度      ・左: 約 \_\_\_\_\_ 度

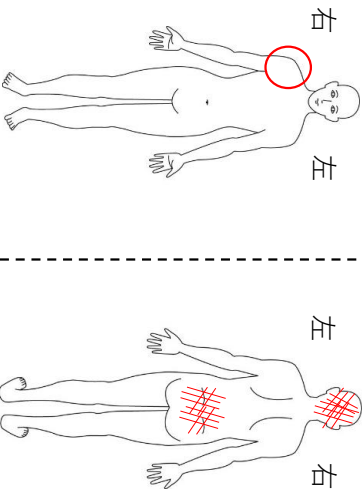
# ⑪ 背骨矯正 カスタマーカード

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	片牧 杉世		月日	・昭和	年	月	日生
性別	女性		満 (	54	)	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、背骨コンプレクシオニク教会の運営・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"/> 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: 50 肩の痛み

2: 腰のたるさ

3: 頭痛・めまい

5: 矯正が初めての方

【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

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)

**肩が痛くて上まで上がらない。病院で50肩と言われた。日によって波があるが、腰の重だるさと頭痛・めまいはしよちゅうある。痛み止めなどを飲みながらごまかしている。**

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

左: 約 度

右: 約 度

左: 約 度

右: 約 度

左: 約 度



## (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



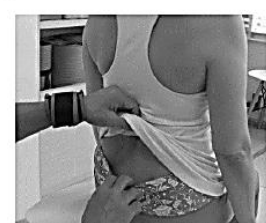
④



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）



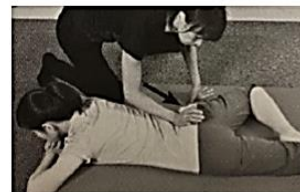
#### \* 矯正の内容 \*

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  
(講師用)

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。

\*\*\*\*\*