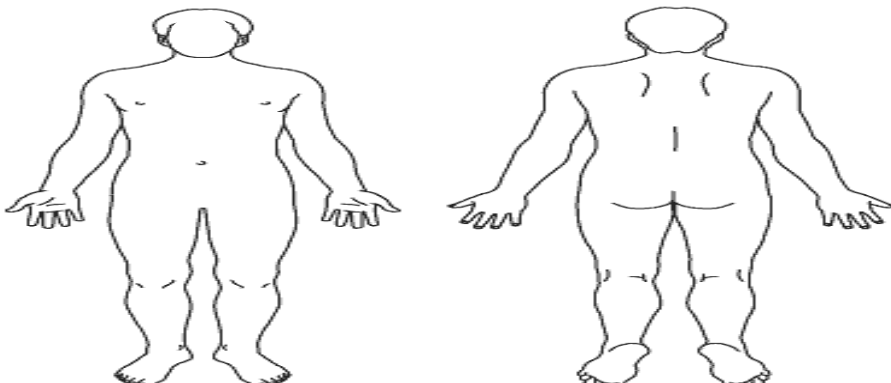


ID \_\_\_\_\_ **ナディスよこはまカウンセリングシート** \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(ふりがな)				生年月日	昭・平	年	月	日	歳
お名前									
住所	(〒 _____ )								
電話番号	ご自宅			携帯					
E-mail (PC)				E-mail (携帯)					
緊急時連絡先	あなたとの関係性(例:姉妹) 連絡先:								
家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし			<input type="checkbox"/> 構成(例:夫・息子)					
職業	( _____ )								
お仕事の傾向	<input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 外歩が多い <input type="checkbox"/> 肉体労働 <input type="checkbox"/> 立ち詰め <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 無職 その他( _____ )								
ご来店のかきかけ	<input type="checkbox"/> ご紹介 ( _____ 様) ( _____ ) 病院 <input type="checkbox"/> HP を見て(検索キーワード: _____ ) <input type="checkbox"/> ブログを見て <input type="checkbox"/> パンフレットを見て <input type="checkbox"/> その他( _____ )								
当店までの通い方	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 地下鉄 合計何分くらいかかりますか( _____ 分)								
最寄り駅									

お客様に安全で・効果的な施術を提供させていただき、以下の設問にお答え下さい。

ご来店のかきかけ	<input type="checkbox"/> むくみを何とかして欲しい <input type="checkbox"/> 治して欲しい <input type="checkbox"/> サイズダウンしたい <input type="checkbox"/> 洋服をスムーズに着たい <input type="checkbox"/> だるさを取りたい <input type="checkbox"/> 痛みを緩和したい <input type="checkbox"/> 予防方法を知りたい <input type="checkbox"/> マッサージの方法を知りたい <input type="checkbox"/> リラクゼーション <input type="checkbox"/> その他( _____ )
体質	<input type="checkbox"/> 冷え <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 汗かき <input type="checkbox"/> のぼせ <input type="checkbox"/> その他( _____ )
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   アレルギーの種類( _____ )
ご病気について	<input type="checkbox"/> 現在通院中の病院( _____ ) <input type="checkbox"/> 通院中の病名( _____ ) [持病] <input type="checkbox"/> 胃腸系 <input type="checkbox"/> 呼吸器系 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 婦人科系 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
リンパ節切除を伴う手術	<input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
上記手術をした年月日	昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
追加治療の種類	<input type="checkbox"/> 化学療法 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄 <input type="checkbox"/> 放射線療法 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄
常用薬	<input type="checkbox"/> 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 便秘薬 <input type="checkbox"/> 睡眠剤 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 血糖降下剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン剤 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
	<b>裏面もあります</b>

生活状況	睡眠時間 平均( 時間) / 睡眠の質( 熟睡・浅い )就寝時間( : 頃)
運動・趣味	週 ( ) 回 or 週 ( ) 時間 内容( )
身長・体重	身長: _____ cm 、 体重: _____ kg
どこの部位にむくみを感じますか。 ○で囲んで下さい	
いつ頃からむくみ症状が 出ましたか	<input type="checkbox"/> 手術直後から <input type="checkbox"/> 術後おおよそ 年 ヶ月くらい
むくみを初めに気づいた きっかけはどんな時です か	例:ある日、手術した方の血管が見え難くなってきた
手術や治療した病院でリンパ浮腫に対して何か アドバイスがありましたか	<input type="checkbox"/> はい(医師・看護師・その他) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方具体的に教えてください
むくみを感じている側に 赤みや熱感を感じた事は ありますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方 ①これまでの回数→ 回くらい ②そうなった場合の対処は何かしましたか <input type="checkbox"/> 病院受診した <input type="checkbox"/> 抗生剤を飲んだ <input type="checkbox"/> 冷やした <input type="checkbox"/> 何もしなかった
ご家族でむくみケアのお 手伝いをしてくれる方は いますか	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方はどなたですか ( )
ペットを飼っていますか	<input type="checkbox"/> はい(例:犬 ) ・ <input type="checkbox"/> いいえ
むくみケアを現在何かし ていますか	<input type="checkbox"/> はい(例:マッサージ ) <input type="checkbox"/> いいえ
今の状態のむくみからど の様になる事を望みます か	例:元の細さまで細くなりたい
他の施設でリンパ浮腫ケ アを受けた事があります か	<input type="checkbox"/> はい (〇〇病院・〇〇治療院) ・ <input type="checkbox"/> いいえ ‘はい’の方具体的に教えてください(例:マッサージ・バンテージ)
その他お伝えしておきたい事はありますか	

ご記入ありがとうございました。