カウンセリングシート①

初診日　　年　　月　　日

フリガナ お名前　　様	〒 住所
男・女　　生年月日　西暦　　年　　月　　日　　歳　　職業 携帯　　-　　-　　自宅　　-　　-　　mail　　@	
ご来院のきっかけ　紹介（　　様）AI　グーグル検索　グーグルマップ　インスタグラム　フェイスブック その他（　　）どんなキーワードで検索しましたか？　例：可児市　肩こり（　　）	
はり治療をしたことがありますか？　はい・いいえ 今までに受けたことがある治療は？　鍼灸　　整体　　接骨　　カイロ　　その他（　　）	

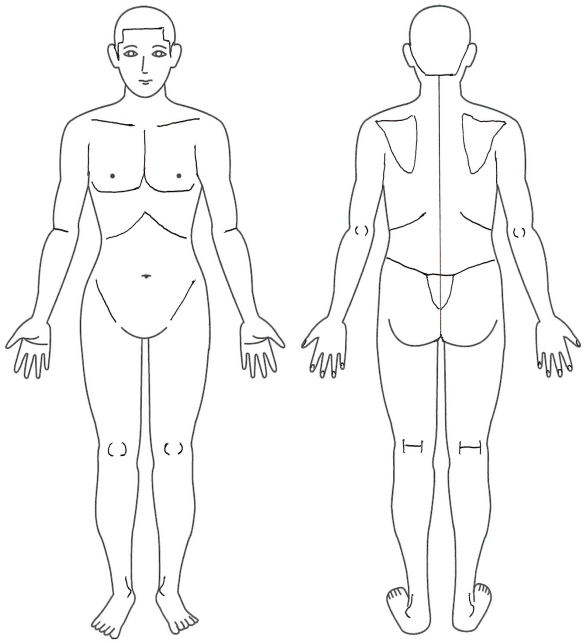
①.　1,何人目のお子様ですか？

2, 何週目から逆子ですか？

3,出産予定日はいつですか？

4,帝王切開の予定日（決定していれば）

5,逆子以外で気なる症状
（胃の違和感、腰痛など。図にも書き込んで下さい）



7,赤ちゃんの位置
（位置がわかれば図に書き込んで下さい）

②.医師に診察してもらいましたか？

はい・いいえ　病院名（　　）
　診断名（　　）
どの様な治療をしていますか？

③.どの様に治療をしたいですか？

□ まずは初回の施術を受けてみたい。今のところ、1回の施術を希望している。
□ 自分の体の状態や不調の背景について、検査・説明を受け、施術を体験してから今後の通院を検討したい。
□ 逆子の改善を目指し、必要な施術や通院について相談しながら取り組みたい。
□ 逆子の改善だけでなく、再発予防やご自身の体質改善、胎児の発達促進、ご自身の産後回復、赤ちゃん整体まで考えている。