

ボディートークセッション用問診票/同意書



ご氏名:	日付:
住所:〒	
TEL:	携帯:
Email:	
生年月日: 年 月 日 年齢	ご紹介者
* 以下の質問にできるかぎり率直にお答えください。	
セッションを受けに来られた理由をお聞かせください。(症状,疾患,ケガ,心の健康,その他気になること)それが始まったおおよその日付もお書きください。	
そのために日常の活動上あなたが困難だと思うこと、または制限されていることは何ですか？	
そのために他にもヘルスケアの専門家に診てもらっている場合はご記入ください。	
既往歴(過去の病気、ケガ、事故、手術など)をご記入ください。おおよその日付もお書きください。	
上記の既往歴以外に人生で起こった主な出来事やトラウマ等があればお書きください。	
あなたが現在服用中の薬やサプリメントがありましたら(薬局で購入したものも含む)ご記入ください。	
この1年間に医学的検査を受けている場合は、ご記入ください。	

幸福度

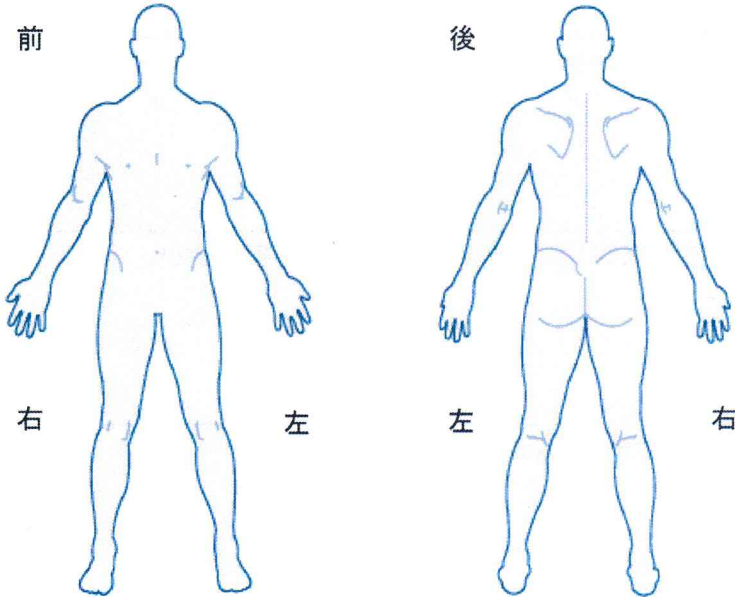
* 以下の気持の中で、ここ数カ月間に感じているものを○で囲んでください。				* 以下に挙げる項目のストレスの度合いのレベル(0:なし~5:最もひどい)を○で示してください。						
虐待されている	被害妄想	深く悲しむことができない	パニックになる	家族のストレス:	0	1	2	3	4	5
批判されている	圧倒されている	気がかりだ	寛容でない	人間関係のストレス:	0	1	2	3	4	5
働きすぎ	混乱している	動揺している	先行き不安	職場のストレス:	0	1	2	3	4	5
無気力	迫害されている	気のもめる	苛立っている	金銭的ストレス:	0	1	2	3	4	5
憂うつ	罪悪感	悩んでいる	憤慨している	健康上のストレス:	0	1	2	3	4	5
拒絶されている	イライラしやすい	恐れている	怒っている	その他のストレス:	0	1	2	3	4	5
落胆している	不安	我慢できない	激怒している							
無力だ	悲しい	脅されている	神経質な							
絶望している	悲嘆にくれている	そわそわする	心配している							

あなた自身がリラックスするための時間はどれくらいありますか？ また、リラックスするのにどんなこと(たとえば趣味、瞑想など)をしますか？

運動はしていますか？ はい いいえ している場合、どんなことをどれくらいの頻度でしていますか？

夜の睡眠時間は何時間ですか？ 約_____時間 よく眠れますか？ はい いいえ よく眠れないとしたら、詳しく教えてください。

* 痛みや不快感のある箇所を、身体図に斜線で表してください。そこに、痛みのレベルを 1(わずかな不快感)~10(これ以上ない痛み)でご記入ください。その他、コメントがあればコメント欄にご記入ください。



コメント:

同意書

私は、_____によって行われるボディートークセッションが、治療行為ではなく、心身のバランスを高めることで身体其自然治癒力を促すことが目的だということを理解しています。

私は、ボディートークが医療及び薬の代用をするものではないことを理解し、また、ボディートークの施術士が病気を診断したり、薬を処方したりするものではないことを認識し、ボディートークのセッションを受けることに同意いたします。

クライアント署名：

日付：20 年 月 日