

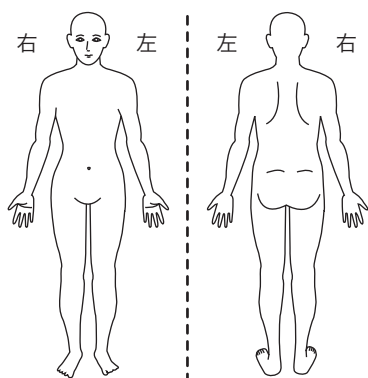
背骨矯正 カスタマーカード

(2回目以降の方はお名前と変更点のみ、あればご記入ください)

ふりがな			
お名前	生年月日	・大正 ・昭和 ・平成	年 月 日生 満 () 歳
ご自宅住所	〒		
お電話番号	ご自宅 ()	—	携帯電話 () —
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協会の運営・営業及び背骨矯正の履歴管理にのみ利用し、他の用途には使用いたしません。

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。



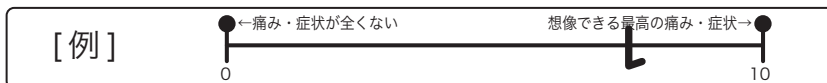
2 1で記入した以外で、気になる症状に□または具体的にご記入ください。

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <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・腸など内蔵疾患 | <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で記入された症状に関して、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: _____ →
←痛み・症状が全くない
想像できる最高の痛み・症状→
0
10

2: _____ →
←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く場合がございます)

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



名前

様

年 月 日 回目

年 月 日 回目

年 月 日 回目

	特記事項	捻転	斜転	変位	変位	
C	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
T	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
	8	L/R	L/R	L/R	前/後	8
	9	L/R	L/R	L/R	前/後	9
	10	L/R	L/R	L/R	前/後	10
	11	L/R	L/R	L/R	前/後	11
	12	L/R	L/R	L/R	前/後	12
L	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
S	1			L/R	L/R	1
	2			L/R	L/R	2
	3			L/R	L/R	3
	4			L/R	L/R	4
	5			L/R	L/R	5
Co.				L/R		

	特記事項	捻転	斜転	変位	変位	
C	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
T	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
	8	L/R	L/R	L/R	前/後	8
	9	L/R	L/R	L/R	前/後	9
	10	L/R	L/R	L/R	前/後	10
	11	L/R	L/R	L/R	前/後	11
	12	L/R	L/R	L/R	前/後	12
L	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
S	1			L/R	L/R	1
	2			L/R	L/R	2
	3			L/R	L/R	3
	4			L/R	L/R	4
	5			L/R	L/R	5
Co.				L/R		

	特記事項	捻転	斜転	変位	変位	
C	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
T	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
	6	L/R	L/R	L/R	前/後	6
	7	L/R	L/R	L/R	前/後	7
	8	L/R	L/R	L/R	前/後	8
	9	L/R	L/R	L/R	前/後	9
	10	L/R	L/R	L/R	前/後	10
	11	L/R	L/R	L/R	前/後	11
	12	L/R	L/R	L/R	前/後	12
L	1	L/R	L/R	L/R	前/後	1
	2	L/R	L/R	L/R	前/後	2
	3	L/R	L/R	L/R	前/後	3
	4	L/R	L/R	L/R	前/後	4
	5	L/R	L/R	L/R	前/後	5
S	1			L/R	L/R	1
	2			L/R	L/R	2
	3			L/R	L/R	3
	4			L/R	L/R	4
	5			L/R	L/R	5
Co.				L/R		

- 正中神経
- 橈骨神経
- 尺骨神経
- 肩の前
- 気管支
- T 6~8
- L4 痛点
- L5 痛点
- 仙骨痛点

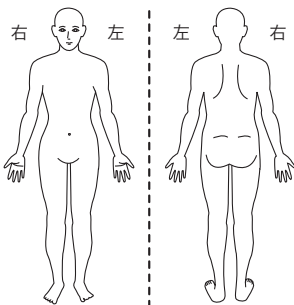
- 正中神経
- 橈骨神経
- 尺骨神経
- 肩の前
- 気管支
- T 6~8
- L4 痛点
- L5 痛点
- 仙骨痛点

- 正中神経
- 橈骨神経
- 尺骨神経
- 肩の前
- 気管支
- T 6~8
- L4 痛点
- L5 痛点
- 仙骨痛点

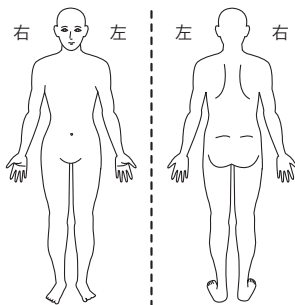
症状

症状

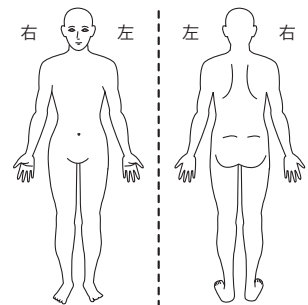
症状



改善点



改善点



改善点

運動実績

処方

運動実績

処方

運動実績

処方