

## 健康に関する質問票

現在またはこれまでの健康状態についてお伺いします。この質問はセッションを安全に行うために参考とするものですので、正確にお答え下さい。プライバシーは厳守いたします。

なお、診断・治療を目的とするものではありません。

氏名：	生年月日	年	月	日	年齢	才
住所：						
Tel：	Mail：					
職業：						

■現在、または過去に、以下にあてはまる経験はありますか？ある方は、□に✓を入れてください。

- |                                     |                                   |                                    |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患       | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症     | <input type="checkbox"/> けいれん・ひきつけ |
| <input type="checkbox"/> 高血圧・低血圧    | <input type="checkbox"/> 関節炎      | <input type="checkbox"/> アレルギー     |
| <input type="checkbox"/> 血友病        | <input type="checkbox"/> 骨髄炎      | <input type="checkbox"/> 喘息        |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病        | <input type="checkbox"/> 静脈炎      | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎  |
| <input type="checkbox"/> 癌（ガン）      | <input type="checkbox"/> ヘルニア     | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ  |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気     | <input type="checkbox"/> むち打ち     | <input type="checkbox"/> 入歯・ブリッジ   |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器系の疾患    | <input type="checkbox"/> 骨折       | <input type="checkbox"/> 妊娠（ 週）    |
| <input type="checkbox"/> 消化器系の疾患    | <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・けが | <input type="checkbox"/> その他_____  |
| <input type="checkbox"/> 泌尿・排泄器系の疾患 | <input type="checkbox"/> 脱臼       |                                    |
| <input type="checkbox"/> 慢性疾患       | <input type="checkbox"/> 外科手術     |                                    |

■上記で□したものに関して具体的にお書きください。（治療年月日・身体の部位・治療方法など）

■現在、医師・カイロプラクターその他のセラピストにかかっていますか？

YES：それは何ですか？\_\_\_\_\_

NO：6ヶ月以内で最後に医師などにかかったのはいつですか？\_\_\_\_\_

■現在、習慣にしている運動や食事療法、健康法、嗜好品などがあればお書き下さい。

\_\_\_\_\_

■これまでにボディーワークやマッサージ等を受けられたことがありますか？

YES：それは何ですか？\_\_\_\_\_ / NO

■現在服用中の薬はありますか？

\_\_\_\_\_

■あなたがRolfingから得たいものや目標、期待するものは何ですか？

\_\_\_\_\_

■その他、健康に関することで伝えておいたほうがよいと思われる事があれば、お書き下さい。

\_\_\_\_\_

私は、上記の健康に関する質問に対して、自身の知る限り真実を申し分なく伝えた事を以下の署名をもって証します。

ご署名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

（18歳以下の方の場合は保護者署名）



## Application for Rolfing®

### ロルフィング 申込書・同意書

申し込み者である私は、重力に対して無理のないように身体のバランスを整えるというロルフィングの目的を十分理解しています。ロルフィングにおいては、身体の構造を整え円滑で効率的な動きが可能となるように、身体に対する直接的な手技や教育、言葉による誘導を手段として用いる事を理解しています。

私は、ロルフィングが疾病の処置に影響を与えるものではなく、注意を要する症状に対してもその医学的診断や処置に代わるものではない事を理解しています。ロルファーはいかなる疾病、身体的・精神的障害に対しても、それを処置したり診断することはありません。

私は、ロルフィングにおいて、身体のバランスを整える作業が私とロルファーの協力の下に行われる事、その手助けとしてロルファーが私の身体に触れる必要がある事を理解しています。

私は、公認ロルファーである大室泰三に対して、私の身体のバランスを整える為に、手技その他の手段を必要に応じて用いる事を許可します。私はロルファーに対して、身体的バランスと調和を回復し確立する事を目的として、私の身体に働きかける権限を与えます。

さらに私は、身体が全体として有機的なまとまりを得るのと機を同じくして、たまたま身体的・精神的症状の軽減が起きたとしても、それがロルフィングの基本的目標ではないという事を理解しています。

#### 【キャンセルに関しての同意】

私は、予約時間の24時間以内のキャンセル、日時の変更、あるいは予定時刻に対して15分以上遅刻し、セッションが不可能とロルファーが判断した場合、セッション料の全額を支払う事に異存はありません。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_

(18歳以下の方の場合は保護者署名)

\_\_\_\_\_