

Patient Information

Atlanta Yajima Chiropractic 5000 Winters Chapel Rd. Ste 1, Dunwoody, GA 30360

今日の日付	性別： 男 / 女
氏名	生年月日
住所	職業
City:	配偶者名
State: ZIP:	配偶者の勤務先
電話番号：自宅	Eメール
：携帯	紹介者
：仕事	治療の理由

_____ 治療費は原則的に治療を受けた日に支払うこと、小切手が不渡りの場合は25ドルの手数料がかかることを
イニシャル 承諾します。

_____ 60日を経過した未払いの治療費は第三者の会社または弁護士を通じ集金させて頂くこともあります。
イニシャル それにかかる費用や利息は患者負担になります。そのことを承諾します。承諾しない場合は治療の際に
全額お支払ください。

_____ 個人情報に関する書類を読み、理解しました。
イニシャル

_____ 当院では複数の患者さんが同じ部屋で治療を受けることもあります。もし、不都合であれば申しでてください。
イニシャル

_____ アトランタ矢島カイロプラクティックに於いてカイロプラクティックの治療を受けることを承諾します。
イニシャル

_____ 治療の為にレントゲンによる検査が必要な場合、その検査を受けることを承諾します。
イニシャル (ただし妊娠している方は除く)

_____ アトランタ矢島カイロプラクティックは保険会社または弁護士から依頼を受けた場合、
イニシャル 個人情報を含む書類を送ることがあります。その事を承諾します。

_____ 保険会社への請求手続き等をアトランタ矢島カイロプラクティックが代行することを承諾します。
イニシャル

保険を使う方のみ

保険の筆頭者の名前	関係：本人 / 配偶者 / 子供 / その他
保険の筆頭者のS.S.#	保険の筆頭者の生年月日

患者または保護者のサイン

日付

名前 (ローマ字)

Atlanta Yajima Chiropractic

5000 Winters Chapel Road Suite 1
Dunwoody, GA 30360

Terms of Acceptance (Japanese)

治療方針及び治療手順の説明と同意

カイロプラクティック治療は、骨格のバランスや神経の流れに注目し、サブラクセーション (Subluxation) と呼ばれる骨格の歪みから起こる機能障害を、背骨の矯正により取り除き、体の機能を正常化させるサポートを行うものです。西洋医学で行われる対処療法とは異なり、我々の体に備わっている自然治癒の力を最大限に引き出すことに重点を置いています。治療手順は、まず問診を行い、その後触診、姿勢のチェック、X線撮影などを用い、細かくサブラクセーションを調べ、そしてその結果に基づき、骨格の矯正を行っていきます。

上記のことを了解して頂ければ、ここにサインをお願いします。

名前(ローマ字) (Name)

日付(Date)

サイン(Signature)

患者の方が18歳未満の場合は、保護者の方のサインをここにお願いします。

患者の方の名前(ローマ字)(Name)

日付(Date)

保護者の方の名前(ローマ字)(Name)

保護者の方のサイン(Signature)

(女性の方のみ) 知っている限り、現在妊娠中ではなく、X線検査を受けられる状態であることを証明するサインをここにお願いします。

サイン(Signature)

日付(Date)

Atlanta Yajima Chiropractic

5000 Winters Chapel Road Suite 1
Dunwoody, GA 30360

Patient History Form

名前 (Name) _____
姓 (Last Name) _____ 名 (First Name) _____

今日来られた理由を簡単に説明して下さい。(どのような症状があるのか、いつ始まったか、頻度など)

該当するものにチェックをしてください。

- 頭痛
- 不眠症
- めまい
- 疲労感
- うつ
- 甲状腺に関するトラブル

- 消化不良
- 吐き気
- 胃痛
- 胸焼け
- 下痢
- 便秘
- クローン病
- 潰瘍性大腸炎
- 憩室炎

- せき
- ぜんそく
- 花粉症
- アレルギー
- 副鼻腔炎
- 中耳炎

- 高血圧
- 胸の痛み
- 心臓病
- 肺気腫
- 糖尿病
- がん

- 腰痛
- 坐骨神経痛
- 肩こり
- 首の痛み
- 顎関節症
- 顔面のしびれ・痛み
- 肩の痛み
- 手腕のしびれ
- 足のしびれ
- ひざの痛み
- 他の関節の痛み
- 側湾症
- 椎間板ヘルニア

- (女性のみ)
- 生理痛
 - 生理不順
 - PMS
 - カンジダ症

骨折・脱臼したことが… ある ない (ある場合) 簡潔に説明してください。

交通事故にあったことが… ある ない (ある場合) 簡潔に説明してください。

大けがをしたことが… ある ない (ある場合) 簡潔に説明してください。

手術をしたことが… ある ない (ある場合) 簡潔に説明してください。

大病をしたことが… ある ない (ある場合) 簡潔に説明してください。

Atlanta Yajima Chiropractic

5000 Winters Chapel Road Suite 1
Dunwoody, GA 30360

タバコを吸いますか はい いいえ
一日何本 _____

お酒を飲みますか？ はい いいえ
一日にどれくらい？ _____

コーヒーを飲みますか？ はい いいえ
一日何杯？ _____

現在の精神的ストレス 多い やや多い 少ない 全くない

現在の肉体的ストレス 多い やや多い 少ない 全くない

現在定期的に運動をしていますか？（種類、週に何回くらいなど）

現在服用している薬がありますか？ ある ない （ある場合）どんな薬ですか？

その他、上記の事以外で何かありましたら書いてください。

サイン (Signature)

日付 (Date)

Atlanta Yajima Chiropractic

Dr. Yoshiro Yajima
5000 Winters Chapel Rd., Suite #1
Dunwoody, GA 30360

【予約の変更・キャンセルについて】

下記の内容をご確認頂き、「同意のサイン」をお願いします。

当院は、出来る限りご予約いただいた時間通りに、みなさまへ施術をご提供させて頂きたいと考えております。

直前のキャンセル、無断でのキャンセル、遅刻などがありますと、他の患者様へご迷惑をお掛けすることがあります。予約の変更などが必要となりましたら、早めにご連絡をお願いいたします。

なお10分以上の遅刻をされますと、施術時間が短くなる場合、施術が出来なくなる場合がございます。その際には。予約を余儀なく変更させていただくこともございますので予めご了承ください。

無断でのキャンセルの場合は、施術料の全額（新患の場合は、施術料+検査料）を請求させていただきます。

私、_____は、上記の内容を確認し同意いたします。

サイン _____ 日付