

## 問診票（小児・18歳以下用）

シマントヘブン・カイロプラクティック・ドクターズ・オフィス（以下シマントヘブン）へようこそ！  
カイロプラクティック（脊髄神経学）の創始者である D.D.パーマー博士が、1895 年に 16 年間耳が全く聞こえなかった黒人男性の背中に見つけた異常に突起した部分を押しただけで、失われていた聴力が劇的に回復したことをきっかけに、脊柱と神経の密接な関係についての研究と臨床が始まりました。以来、「背骨の機能を改善させると、果たして自然寛解（奇跡の治癒）は起こるのか？」をテーマに、今日まで世界中で更なる研究が続けられています。近年の調査結果では、脊髄神経学博士（カイロプラクティック・ドクター）による背骨へのアプローチのみが、脳の発達と進化に絶大な効果をもたらすことが判りました。

シマントヘブンでは、訪れる一人でも多くの方に「カイロプラクティックの奇跡と可能性」を体験していただき、「真の健康と富」を獲得していただくことを目的としております。

初診診療費（健康相談・問診・検査）は 5,000 円。提携先の病院でのレントゲン撮影費用は別途になります。シマントヘブンでの 2 回目の診療費（初見報告・検査結果報告および第 1 回目のアジャストメント）は 4,500 円になります。 \* 金額はすべて税込です。

初回の問診・検査・スピノグラフ（脊髄神経学用レントゲン画像）のデータ分析結果を元に、初期ケア・プログラムをご提案させていただきます。ケア・プログラムを計画通りに進めることで、はじめて良い結果を得ることが出来ます。

下記の質問は、ドクターがあなたの現在の状態と、健康への意識を理解するための大切な内容です。すべてにご記入ください（保護者の方がボールペンでご記入ください）。

もし不明な点がありましたら、スタッフにお気軽にお聞きください。（電話：0880-34-8707）

フリガナ

\*お子様の氏名： \_\_\_\_\_

\*生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年（平・令 \_\_\_\_\_ 年） \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 性別：男 / 女

\*住所： \_\_\_\_\_

\*電話番号：携帯： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ご自宅： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\*E メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

\*保護者の職業： \_\_\_\_\_ （必ずご記入ください）

\*ご兄弟はいらっしゃいますか？： \_\_\_\_\_ 人 年齢： \_\_\_\_\_

\*緊急連絡先

氏名： \_\_\_\_\_ 本人との関係： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

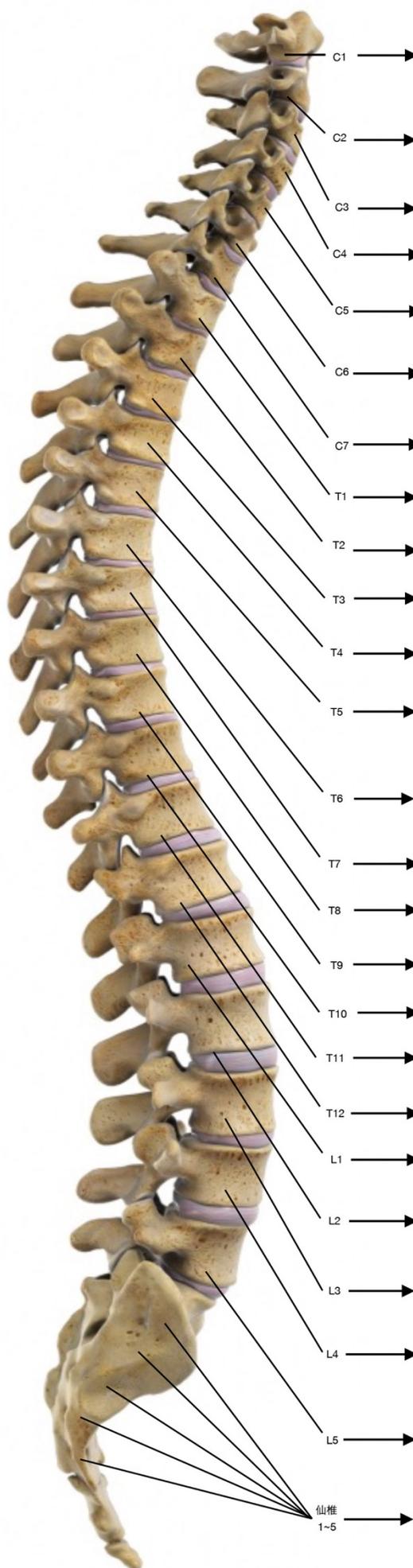
今悩んでいる問題や過去に経験したものが、サブラクセーションと関係があるかもしれません。下記のすべての項目の中で、該当するものを丸で囲んでください。

頸椎

胸椎

腰椎

仙骨



神経によってコントロールされている部位・器官	結果的に機能不全として起こる生理現象
C1 → 脳、下垂体、頭皮、顔面皮膚・筋肉、中耳、内耳、頭部への血管、副交感神経	□頭痛、□精神不安定、□自律神経失調症、□血圧異常、□不安神経症、□不眠、□中耳炎、□目眩、□慢性疲労、
C2 → 眼球、視神経、内耳神経、副鼻腔、顎関節、舌、前頭	□副鼻腔炎、□アレルギー、□目周辺の違和感・痛み、□耳の痛み、□失神、□斜視、□難聴、□視力異常
C3 → 頬、外耳、顔面骨格、歯、三叉神経	□顔面麻痺、□顔面神経痛、□ニキビ、□皮膚炎
C4 → 鼻、唇、口内、耳下腺、横隔膜	□花粉症、□鼻水・鼻づまり、□聴力低下、□咽頭炎
C5 → 声帯、頸部分泌器官、咽喉	□声帯の異常、□喉の乾き・炎症・痛み
C6 → 頸部筋肉群、肩、扁桃腺	□首の痛み、□肩・腕の痛み、□扁桃腺炎、□慢性の咳、□喉頭炎
C7 → 甲状腺、肩関節、肘	□甲状腺疾患、□四十肩、□鎖骨・肩周辺の痺れ&痛み
T1 → 腕・肘・手首・指、食道、気管	□喘息、□腕・手・指の痛み、□気管支炎、□呼吸障害
T2 → 心臓（弁膜、心筋、冠状動脈を含む）	□心機能不全、□循環器の機能不全、□脈拍の異常
T3 → 肺、気管支、胸膜、胸部、乳房、	□気管支炎、□肺気腫、□肺炎、□インフルエンザ
T4 → 胆嚢、総胆管、肋間神経	□胆嚢炎、□黄疸、□带状疱疹
T5 → 肝臓、みぞおち、循環器官機能全般、	□肝機能不全、□高熱、□微熱、□血圧異常、□関節炎、□血行不良
T6 → 胃	□胃機能不全、□胃もたれ、□消化不良、□神経性胃炎、□胸焼け
T7 → 膵臓、十二指腸、小腸	□十二指腸潰瘍、□急性胃腸炎、□糖尿病
T8 → 脾臓	□免疫機能不全、□感染症、□慢性疲労、□貧血
T9 → 副腎皮質	□自己免疫疾患、□アトピー性皮膚炎、□花粉症
T10 → 腎臓、膀胱、尿管	□腎不全、□動脈硬化、□腎盂炎、□膀胱炎
T11 → 小腸、リンパ循環	□リュウマチ、□ニキビ、□吹き出物、□ガスが溜まる
T12 → 大腸、鼠径輪	□便秘、□大腸炎、□過敏性大腸症候群、□鼠径ヘルニア
L1 → 虫垂：盲腸、腹部、大腿部	□腹痛、□呼吸困難、□静脈瘤
L2 → 生殖器、子宮、膀胱、膝	□頻尿、□生理不順、□生理痛、□不妊、□流産、□インポテンツ、□夜尿症、□更年期障害、□膝痛
L3 → 前立腺、腰部筋肉群、坐骨神経	□坐骨神経痛、□腰痛、□ギックリ腰、□排尿時の痛み
L4 → 脛部、足首、足、足の指	□足の冷え、□足首の腫れ、□足のむくみ、□扁平足、□足腰の弱り、□足首を捻挫し易い
L5 → 骨盤、仙腸関節、股関節、臀部筋肉群	□仙腸関節痛、□姿勢の異常、□歩行パターンの異常、□股関節痛、□長時間立つのが困難、□バランス異常
仙椎 1-5 → 肛門、結腸、副交感神経叢	□痔、□股間の痛み・痒み、□座る時の痛み、□バランス感覚の異常、□よく転ぶ、□落ち着かない

\*シマントヘブンと Dr.エガワをどうやってお知りになりましたか？

紹介：紹介者名： \_\_\_\_\_  ホームページ  セミナー／講演会  
 Facebook  YouTube  その他 \_\_\_\_\_

\*過去に、アメリカで約7年以上の博士課程教育を受けた、カイロプラクティックドクター（脊柱神経学博士）のオフィスまたはクリニックを訪れたことがありますか？  はい  いいえ

期間： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_年前 / 場所・国： \_\_\_\_\_

\*「脳と神経の働きは、背骨の健康状態で決まる」ことや「脳のはたらきと健康状態がダイレクトに背骨のカチと動きに現れる。」という事実を聞いたことがありますか？

はい  いいえ

\*お子様のお産について、当てはまるものに  をつけてください

自然（経膈）分娩  骨盤位（逆子）  帝王切開  鉗子・吸引分娩

総合病院  産科医院  助産院  自宅出産  その他 \_\_\_\_\_

\*アップガート 1分 \_\_\_\_\_ 5分 \_\_\_\_\_

\*妊娠中に何かトラブルはありましたか？

はい \_\_\_\_\_  
 いいえ \_\_\_\_\_

\*出産時に何かトラブルはありましたか？

はい \_\_\_\_\_  
 いいえ \_\_\_\_\_

\*お子様に何か先天性の問題はありますか？

はい \_\_\_\_\_  
 いいえ \_\_\_\_\_

\*生後まもなく、

体が青くなる（チアノーゼ）ことはありましたか？  はい  いいえ  
体が黄色くなる（黄疸）ことはありましたか？  はい  いいえ

\*授乳について、当てはまるものに  をつけてください

母乳  ミルク  混合  吸い付く力が弱かった  うまく飲み込めなかった  
 飲む量が少なかった  げっぷがうまくできなかった  
 吐くことが多かった  片方のおっぱいからしか飲まなかった

\*離乳したのはいつごろですか？ \_\_\_\_\_ 歳頃

\*離乳食について、アレルギーやその他問題はありましたか？

はい \_\_\_\_\_  いいえ \_\_\_\_\_

\*お子様の睡眠について

ぐっすり良く眠る  ふつう  あまり良くない

・夜に何時間くらい眠りますか？ \_\_\_\_\_ 時間くらい

\*高い熱の出る病気にかかったことはありますか？  はい  いいえ

はいの場合 : \_\_\_\_\_ 歳の時 \_\_\_\_\_ 度くらいの熱が \_\_\_\_\_ 日くらい続いた  
その時の検査や治療内容 \_\_\_\_\_

その時に、ひきつけ・けいれんをおこしましたか？  はい : \_\_\_\_\_ 回くらい  いいえ

その後、発育や発達の様子が変わりましたか？  はい \_\_\_\_\_  いいえ \_\_\_\_\_

**\*生活習慣について**

- ・健康な食生活をしていると思いますか？ はい いいえ
- ・水 (H<sub>2</sub>O) は飲みますか？ はい：一日\_\_\_\_\_ℓ いいえ
- ・穀類（お米・パン・麺類）を沢山食べますか？ はい：食事の全体の何割？ \_\_\_\_\_割 いいえ
- ・甘いものが好きですか？ はい いいえ
- ・食べ物の好き嫌いはありますか？ はい いいえ
- ・コーヒー・お茶、又はカフェインを含む飲み物を飲みますか？ はい：一日\_\_\_\_\_杯 いいえ
- ・健康補助食品（サプリメント）を何か摂っていますか？  
はい：サプリメントの品名&種類\_\_\_\_\_ いいえ
- ・よく外で遊んだり、運動や習い事をしてますか？  
はい：週に\_\_\_\_\_回 どんな？\_\_\_\_\_ いいえ
- ・良い姿勢をしていると思いますか？ はい いいえ
- ・座っていることが多いですか？ はい：一日\_\_\_\_\_時間 いいえ
- ・精神的ストレス：職場・学校・家庭内での対人関係等で悩んでいますか？ はい いいえ

\*上記以外の健康上の問題／悩みがある場合は、どうぞご記入ください。

---

---

---

\*過去に事故や怪我をしたことはありますか？

- はい：どんな？ \_\_\_\_\_ いつ？： \_\_\_\_\_
- いいえ

\*過去に入院・手術を受けたことはありますか？

- はい：理由： \_\_\_\_\_ いつ頃？： \_\_\_\_\_
- いいえ

\*現在通っている医療機関（病院・診療所）服用または使用している薬はありますか？

- はい：病院名： \_\_\_\_\_ 薬剤名： \_\_\_\_\_  
どのくらいの期間？： \_\_\_\_\_
- いいえ

\*健康状態が回復したら、本人にやりたいこと・目標はありますか？

- はい：どんな？ \_\_\_\_\_  
（「本当に健康になりたいのか？」というご本人の意識を知る上でとても重要な質問です。）
- いいえ

\*今回行う脊柱神経学的検査の結果から、あなたの健康状態の回復と改善のために、定期的脊柱アジャストメントとバイタリスティックなライフスタイル（健康への意識の向上）を学ぶ必要があると判断した場合、ドクターの提案やアドバイスを希望しますか？

- はい いいえ

私の知る範囲において、上記の内容は真実です。

署名： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_