



















提出者受験番号: 氏名: 施術時間 時 分~ 時 分( 分間)

氏名:	生年月日:(西暦) 年 月 日生( 歳)												
住所:〒													
電話番号(自宅):	携帯電話:												
職業: 勤務時間: <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート	家族構成: 配偶者: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 子ども: <input type="checkbox"/> 有( 人) <input type="checkbox"/> 無												
<b>1. フェイススケール</b> 今の状態はどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調 <table style="margin-left: 20px; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5						
0	1	2	3	4	5								
													
<b>2. 過去にかかった病気・けが・手術の経験等がありますか。</b> ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 歳 疾患名: _____ 歳 疾患名: _____ 歳 疾患名: _____ ※現在のまれているお薬はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 薬剤( )													
<b>3. 現在、皮膚のトラブルはありますか。</b> ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 乾燥肌 <input type="checkbox"/> 敏感肌 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 化粧品によるかぶれ <input type="checkbox"/> その他													
<b>4. 過去にアレルギーをおこしたことはありますか。</b> ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ( )													
<b>5. 家族の中で糖尿病・高血圧・がん・肝臓病の方はおられますか。</b> ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 関係( ) 疾患名: _____ 関係( ) 疾患名: _____ 関係( ) 疾患名: _____													
<b>6. 生活状況についておしえてください。</b> 【食 事】 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則( 回)、好き嫌い: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ----- 【排 泄】 尿( 回/日)、夜中に <input type="checkbox"/> 起きない <input type="checkbox"/> 起きる( 回) 水分摂取: ml/日、排便( 回/日) 便秘: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(対策: ) ----- 【睡 眠】 時間( 時間/日)、不眠: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(対策: ) ----- 【入 浴】 バス・シャワー( 回/日)、入浴時間: 時間 分 ----- 【運 動】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ----- 【視 力】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪 (眼鏡: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)(コンタクトレンズ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ----- 【嗜 好】 タバコ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 本/日)、喫煙歴: 年 飲 酒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 回/週)、量( )													

提出者受験番号：

氏名：

施術時間 時 分～ 時 分( 分間)

**7. トリートメントを受けたい理由。その症状は、いつから始まりましたか。**

※理由：

※現在、不調のある部分に○をしてください。(または触って欲しくない部分に×をしてください。)

首  肩(右・左)  腰  背中  足(右・左)  その他

※その他にトリートメントに関して何か要望はありますか。

**8. 女性の方は、お答えください。**

【月経周期】  規則的( 日型) 最終月経： 月 日から 日間  
 不規則( )

【月経障害】  無  有( )  
 月経前緊張症： 無  有( )

【更年期症状】  無  有( )

【現在妊娠】  無  有(現在 月)

ピルの内服： 無  有

9. 現在までにアロマセラピーを受けたことがありますか。  無  有  
 その他に自然療法やセラピーを受けたことがありますか。  無  有( )

**★トリートメント後の注意点**

全身の体液循環が高まり、排尿量や排尿回数が増えますので水分を多めにとってください。  
 副反応として血液中に老廃物が一過性に増えるため、身体のだるさ、眠気、頭痛などを感じることもありますが静かに経過してください。皮膚に異常があった場合は、ご連絡ください。

**★研究へのデータ使用について**

経過などをデータにまとめて発表させていただくことがあります。個人情報の取扱いについては、トリートメントの目的以外には使用しません。

**同意書**

私は、トリートメントについて実施の目的・内容・方法・期待される結果・注意点の説明を受け理解しました。研究へのデータ使用についても同意します。

年 月 日

氏名(自署)：

# レコードシート

記入日(施術日)： \_\_\_\_\_ 年 月 日

提出者受験番号： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

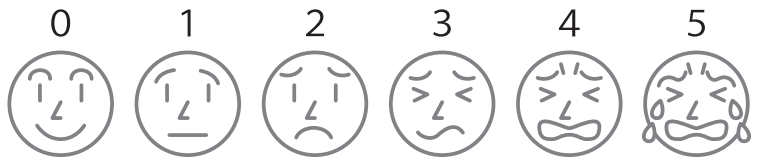
施術時間 時 分～ 時 分( 分間)・回数：( )回目

(  病棟・ 外来 ) ID： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_

## ① 施術前の症状・状態

【本日の主訴】：

フェイススケール：今の状態はどれにあたりますか。



## ② 内容

【プラン(目的)】

施術部位： 上肢  下肢  背中  腹部  他( )

施術時間：( )分間

## ③ 使用オイル類

濃度

〈植物油〉		〈精油〉		濃度 %
種類	量	種類	量	
( )	ml	( )	ml	
( )	ml	( )	ml	
( )	ml	( )	ml	

## ④ パッチテストの評価(初回のみ)

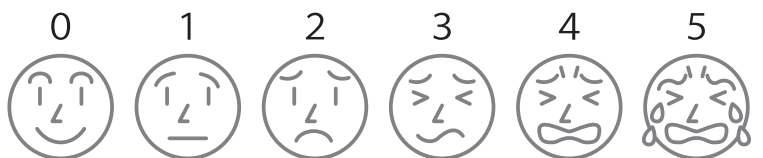
〈植物油〉

トラブル： 無  有

〈精油〉

## ⑤ 施術中・終了後に気づいたこと

フェイススケール：今の状態はどれにあたりますか。



## ⑥ 施術後の評価

## ⑦ 本人・家族の感想

## ⑧ 備考：生活上のアドバイス、次回の予定など