







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： 年 月 日生（ 歳）
住 所：〒	
電話番号（自宅）：	携帯電話：
職 業： 勤務時間：□常勤 □パート	家族構成：配偶者：□あり □なし 子ども：□あり（ 人） □なし
1. <u>今の状態</u> はどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">0 </div> <div style="text-align: center;">1 </div> <div style="text-align: center;">2 </div> <div style="text-align: center;">3 </div> <div style="text-align: center;">4 </div> <div style="text-align: center;">5 </div> </div>	
2. <u>過去にかかった病気・けが・手術の経験</u> 等がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳 疾患名： 歳 疾患名： 歳 疾患名： *現在のまれている <u>お薬</u> はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：薬剤（ ）	
3. 現在、 <u>皮膚のトラブル</u> はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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	
4. 過去に <u>アレルギー</u> をおこしたことはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）	
5. <u>家族の中で糖尿病・高血圧・がん・肝臓病の方</u> はおられますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 関係（ ） 疾患名： 関係（ ） 疾患名：	
6. <u>生活状況</u> について教えて下さい。 【食 事】 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則（ 回/日） 好き嫌い： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【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"/> なし <input type="checkbox"/> あり（対策： ） 【睡 眠】 時間（ 時間/日） 不眠： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（対策： ） 【入 浴】 バス・シャワー（ 回/日） 入浴時間： 時間 分 【運 動】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 【視 力】 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪：（眼鏡：□なし □あり コンタクトレンズ：□なし □あり） 【嗜 好】 タバコ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 本/日） 喫煙歴： 年 飲 酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 回/週） 量：（ ）	

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】 なし      あり（      ）

月経前緊張症：なし      あり（      ）

【更年期症状】 なし      あり（      ）

【現在妊娠】 なし      あり（現在      ヶ月）

ピルの内服：なし      あり（      ）

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。      なし      あり

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。      なし      あり（      ）

■ **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過ごしてください。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：\_\_\_\_\_

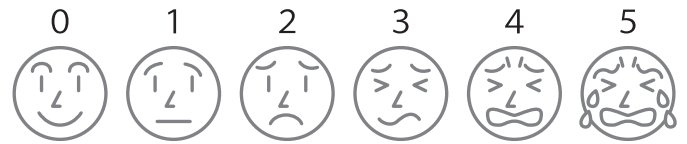
提出者受験番号： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 施術時間 時 \_\_\_\_\_ 分～ 時 \_\_\_\_\_ 分（ 分間）

（ 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】今の状態はどれですか。



② 内容

【プラン（目的）】

【施術部位】 上肢 ・ 下肢 ・ 背中 ・ 腹部 ・ 他（ \_\_\_\_\_ ） 【施行時間】 \_\_\_\_\_ 分間

③ 使用オイル類

【植物油】

( \_\_\_\_\_ ) ml  
 ( \_\_\_\_\_ ) ml  
 ( \_\_\_\_\_ ) ml

【精油】

( \_\_\_\_\_ ) ml  
 ( \_\_\_\_\_ ) ml  
 ( \_\_\_\_\_ ) ml

【濃度】

%

④ パッチテストの評価（初回のみ）

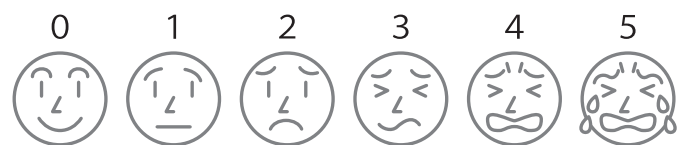
トラブル： なし あり

【植物油】 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

【精油】 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 施術中・終了後に気づいたこと

【フェイススケール】終了時の状態はどれですか。



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