

PCRT

カルテ記載 & 症例報告

カルテ記載方法

カルテの 記載の目的

患者への施術後の説明

症状の経過を客観的に観察

患者との信頼関係

症例報告のための記録

問診表

問診表①

問診表 分かる範囲内でご記入ください		初診年月日	平成	年	月	日
氏名 <small>フリガナ</small>	様	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
生年月日	大 昭 平	年	月	日	才	
自宅住所	〒 -					
TEL (自宅) ()	メール <input type="checkbox"/> PC					
TEL (携帯) ()	アドレス <input type="checkbox"/> 携帯					
ご勤務先	TEL ()					
どのようにして当施術院を知りましたか。						
<input type="checkbox"/> インターネット			<input type="checkbox"/> 看板			
<input type="checkbox"/> ご紹介 ()			<input type="checkbox"/> 広告 (広告名)			
			<input type="checkbox"/> その他 (様)			
同居状況			<input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 独身 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他			
お子様			<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 2人 ペット <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 4人以上			
職業・学校・スポーツ						
保護者様氏名						
① どのような症状を改善したいですか？			症状のある部位に下記の印をつけてください			
例) 腰痛、肩こり、頭痛、関節痛、アレルギー、胃腸障害、〇〇の痛み・痺れ・違和感						
② その症状はいつ頃始まり、当院に来院されるまでどれくらい長く症状を抱えていましたか？						
例) 平成〇〇年〇〇月〇〇日頃から始まり、〔〇〇週間、〇〇か月間、〇〇年間くらい〕症状を抱えていました・・・						
③ どれくらいの頻度でその症状を感じますか？						
例) とくどき、定期的に、頻繁に、常に・・・						
④ その症状のために日常生活で支障をきたしていますか？						
例) 仕事で〇〇ができない状態・・・家事で〇〇ができなくなってる・・・〇〇練習の〇〇ができなくなっている・・・						
⑤ その症状が最も強くなるときはどのような時ですか？						
⑥ その症状が最も軽減するときはどのような時ですか？						
⑦ 当院で治療を受けるまでの症状の経過はどうでしたか？						
例) 悪くなっている。良くなってきている。変化がない・・・						
⑧ 今回の症状で当院に来院される前に受けた他の医療機関はどこでしたか？通院期間はいつからいつまで、何回でしたか？						
例) 〇〇病院、〇〇整骨院、〇〇鍼灸院、〇〇整体院、〇〇治療院・・・						
平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日まで〇〇回通院しました・・・						
⑨ その医療機関ではどのような検査、診断、治療を受けましたか？						
検査名の例) レントゲン、MRI、CT・・・						
診断名の例) 椎間板ヘルニア、変形性関節症・・・						
治療法の例) 投薬、漢方、貼り薬、安静指導、電気療法、マッサージ、鍼灸、整体、カイロプラクティック・・・						
検査名						
診断名						
治療法名						
⑩ 施術法やその他でご要望があればご記入ください。						

問診表②

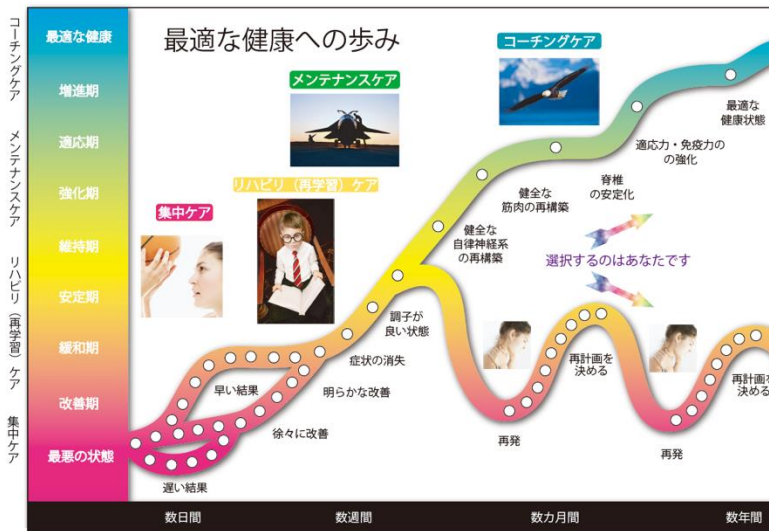
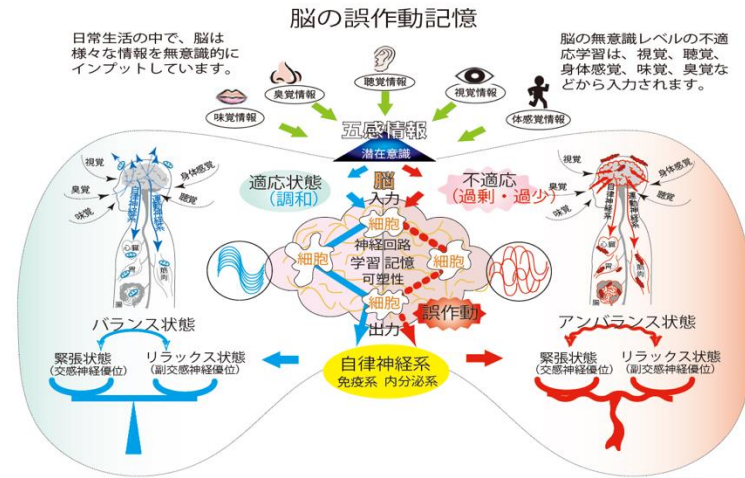
問診表②（心身相関関連症状について）該当する症状に☐を入れてください。		
<input type="checkbox"/> 筋肉・関節の症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 残尿感
<input type="checkbox"/> 慢性腰痛	<input type="checkbox"/> 職場、学校、家庭の悩み	<input type="checkbox"/> 膀胱炎
<input type="checkbox"/> ぎっくり腰（急性腰痛）	<input type="checkbox"/> 恐怖症	<input type="checkbox"/> 内分泌・代謝系症状
<input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア関連症状	<input type="checkbox"/> パニック症状	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 坐骨神経痛	<input type="checkbox"/> 眠気	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能低下症
<input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症関連症状	<input type="checkbox"/> イップス	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症
<input type="checkbox"/> 脇腹の痛み	<input type="checkbox"/> スポーツのスランプ	<input type="checkbox"/> 疲労感
<input type="checkbox"/> 首の痛み	<input type="checkbox"/> ジストニア・痙性斜頸	<input type="checkbox"/> むくみ
<input type="checkbox"/> 首の凝り	<input type="checkbox"/> ジストニア・書痙	<input type="checkbox"/> 冷え性
<input type="checkbox"/> 寝違え	<input type="checkbox"/> ジストニア・発声障害	<input type="checkbox"/> 循環器の症状
<input type="checkbox"/> むち打ち症	<input type="checkbox"/> チック症	<input type="checkbox"/> 貧血
<input type="checkbox"/> 頸部捻挫	<input type="checkbox"/> 人前で緊張	<input type="checkbox"/> 高血圧症、低血圧症
<input type="checkbox"/> 胸郭出口症候群	<input type="checkbox"/> 自律神経失調症	<input type="checkbox"/> 立ちくらみ
<input type="checkbox"/> 筋肉のけいれん、痛み	<input type="checkbox"/> 過食症（神経性）	<input type="checkbox"/> 胸がドキドキ
<input type="checkbox"/> 筋緊張性頭痛	<input type="checkbox"/> 仕事・家事・学業ができない	<input type="checkbox"/> 生殖器・泌尿器の症状
<input type="checkbox"/> 片頭痛	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉・肺の症状	<input type="checkbox"/> 初期の糖尿病
<input type="checkbox"/> 肩関節痛	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 生理不順
<input type="checkbox"/> 五十肩	<input type="checkbox"/> 慢性鼻炎	<input type="checkbox"/> 生理痛
<input type="checkbox"/> 肩甲骨間の痛み	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 下腹部の痛み
<input type="checkbox"/> 手・指の痛み・しびれ	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 妊娠中の腰痛
<input type="checkbox"/> 手根管症候群	<input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> 乳房の痛み
<input type="checkbox"/> 肩のスポーツ障害	<input type="checkbox"/> 耳づまり	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫関連症状
<input type="checkbox"/> 肘のスポーツ障害	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症関連症状
<input type="checkbox"/> 野球肩	<input type="checkbox"/> めまい（自分が回る）	<input type="checkbox"/> 卵巣のう腫関連症状
<input type="checkbox"/> 野球肘	<input type="checkbox"/> めまい（周りが回る）	<input type="checkbox"/> 不妊症 女性・男性
<input type="checkbox"/> テニス肘	<input type="checkbox"/> メニエール病	<input type="checkbox"/> 更年期障害
<input type="checkbox"/> 股関節の痛み	<input type="checkbox"/> 乗り物酔い	<input type="checkbox"/> 性欲の問題 女性・男性
<input type="checkbox"/> 恥骨部の痛み	<input type="checkbox"/> 味覚症状	<input type="checkbox"/> 乳幼児～小児の症状
<input type="checkbox"/> 膝関節の痛み	<input type="checkbox"/> 唾液がでない・口が乾く	<input type="checkbox"/> 湿疹
<input type="checkbox"/> 足関節の痛み	<input type="checkbox"/> 視力の問題	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/> 足・指の痛み・痺れ	<input type="checkbox"/> ドライアイ	<input type="checkbox"/> 夜泣き
<input type="checkbox"/> 歩行困難	<input type="checkbox"/> 疲れ目	<input type="checkbox"/> 便秘、下痢、嘔吐
<input type="checkbox"/> 線維性筋痛症	<input type="checkbox"/> なみだ目	<input type="checkbox"/> おねしょ
<input type="checkbox"/> ムズムズ脚症候群	<input type="checkbox"/> 喉がつかえる	<input type="checkbox"/> 歯科・口腔科的症状
<input type="checkbox"/> アレルギーの症状	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 顎関節症
<input type="checkbox"/> 飲食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 歯の知覚過敏
<input type="checkbox"/> 接触アレルギー	<input type="checkbox"/> 神経性の咳	<input type="checkbox"/> 歯周病
<input type="checkbox"/> 金属アレルギー	<input type="checkbox"/> 鼻水、鼻づまり	<input type="checkbox"/> 舌の痛み
<input type="checkbox"/> 季節性アレルギー	<input type="checkbox"/> 後鼻漏	<input type="checkbox"/> 外傷後・手術後の愁訴
<input type="checkbox"/> 花粉・排気ガスアレルギー	<input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎	<input type="checkbox"/> 外傷後の痛み
<input type="checkbox"/> 運動誘発アレルギー	<input type="checkbox"/> においに敏感	<input type="checkbox"/> 外傷後の違和感
<input type="checkbox"/> 化学物質過敏症	<input type="checkbox"/> 音に敏感	<input type="checkbox"/> 術後の痛み
<input type="checkbox"/> 皮膚の症状	<input type="checkbox"/> 消化器・泌尿器の症状	<input type="checkbox"/> 術後の違和感
<input type="checkbox"/> 蕁麻疹	<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> その他の症状はご記入ください
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍	
<input type="checkbox"/> 円形性脱毛症	<input type="checkbox"/> 過敏性大腸炎	
<input type="checkbox"/> にきび	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎	
<input type="checkbox"/> メンタル・行動の問題	<input type="checkbox"/> 下痢	
<input type="checkbox"/> ゆうつ	<input type="checkbox"/> 便秘	
<input type="checkbox"/> 不眠（入眠・途中・早朝）	<input type="checkbox"/> おならがよくでる	
<input type="checkbox"/> イライラ	<input type="checkbox"/> 痔の症状	
<input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 頻尿	

問診表③

問診表③ (動機や施術内容などについて) 該当する内容に☑を入れてください。(複数選択可)	
<p>① 当院を受診された動機は何ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 知人から評判を聞いたから。</p> <p><input type="checkbox"/> 施術内容を聞いて、自分に合っていると思ったから。</p> <p><input type="checkbox"/> 院長のプロフィールをみて信頼できる所だと感じたから。</p> <p><input type="checkbox"/> いろいろと試してみたかったから。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>② どのような施術を期待していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 根本原因を追究した施術。</p> <p><input type="checkbox"/> 症状が早期に改善される施術。</p> <p><input type="checkbox"/> メンタル面も含めたトータルな施術。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>③ 症状の程度や抱えた期間によって、通院の継続が必要になりますが、どのような通院を望まれますか？</p> <p><input type="checkbox"/> できるだけ早く改善したいので、治るのであれば集中的に通院したい。</p> <p><input type="checkbox"/> 経済的に難しいのでできる範囲内での改善を望む。</p> <p><input type="checkbox"/> 地理的、あるいは時間的に難しいのでできる範囲内での改善を望む。</p> <p><input type="checkbox"/> 受けてみて、継続するかどうかは自分で判断したい。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>④ 基本の施術時間とそれに対する施術費は定められています。施術箇所や施術内容によっては、施術時間の延長を希望される患者さんもおられます。その場合、延長時間分の費用が必要になります。施術時間と施術費についてのご希望をお聞かせください。</p> <p><input type="checkbox"/> できるだけ費用がかからないように基本の施術時間内で施術を受けたい。</p> <p><input type="checkbox"/> ある程度費用がかかっても、できるだけ時間をかけてレベルの高い施術を受けたい。</p> <p><input type="checkbox"/> 一度、施術を受けて相談する。</p>
<p>⑤ その他の要望があれば教えてください</p> <p><input type="checkbox"/> 可能であれば、症状の因果関係やどうすれば治るのかの説明を受けたい。</p> <p><input type="checkbox"/> 運動療法などの自宅で行える自己療法も指導してほしい。</p> <p><input type="checkbox"/> 症状改善や健康維持のための資料などに興味がある。</p> <p><input type="checkbox"/> 複数の先生がいるのであれば、指名したい。</p> <p><input type="checkbox"/> 施術時間や料金システムや回数券などの説明をしてほしい。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	<p>⑥ 治療効果を引き出すためには、患者様と治療者との信頼関係は必須条件になります。当院の治療は、主に身体の神経反射を利用した生体反応検査を基準に施術を進めていきます。このような身体を使う検査に慣れていないと、検査結果が理解しがたく、不信感へとつながる場合もあります。もしも、検査や施術法に不信感が生じると、理想の治療成果が得られにくくなります。施術、ならびに検査途中で疑問点や不信感を感じるようでしたら遠慮なく、その旨を治療者にお伝えください。患者様が求めている「期待」と当院が提供する施術法やサービスに「ミスマッチ」が生じないように努め、満足していただける施術やサービスがご提供できればと願っております。ご協力ありがとうございます。</p>
<p>個人情報特定されない範囲で、今後の治療法の研究および成果発表、また院内サービス向上のために、施術内容を記録(録音・撮影)させていただく場合がございます。ご同意いただける場合は、署名をお願いいたします。</p>	
<p>年 月 日 ご署名</p>	

初回レポート & カルテ

初回レポート & カルテ (表)



参照：Patient Media Inc. The Road To Recovery 2001より改変 心身条件反射療法協会 (092)761-0086

Health Care Report



Family Chiropractic Center

A Natural Way To Health

ファミリーカイロプラクティックセンター

TEL (092)761-0081

福岡市中央区天神 3-3-6 天神サンビル

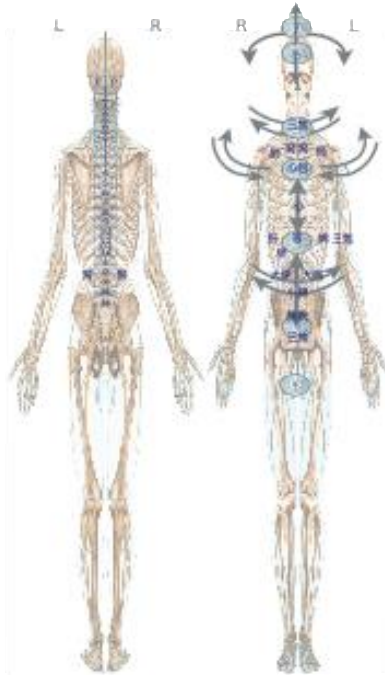
<http://www.familychiro.co.jp>

初回レポート & カルテ (裏)

氏名: _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日

集中ケア 週に 回 x 週 リハビリケア 週に 回 x 週 メンテナンスケア 週・月に 回

最も悪い状態 施術者による評価・推奨 最も良い状態



初診時のみ

重症度の評価 (7段階)

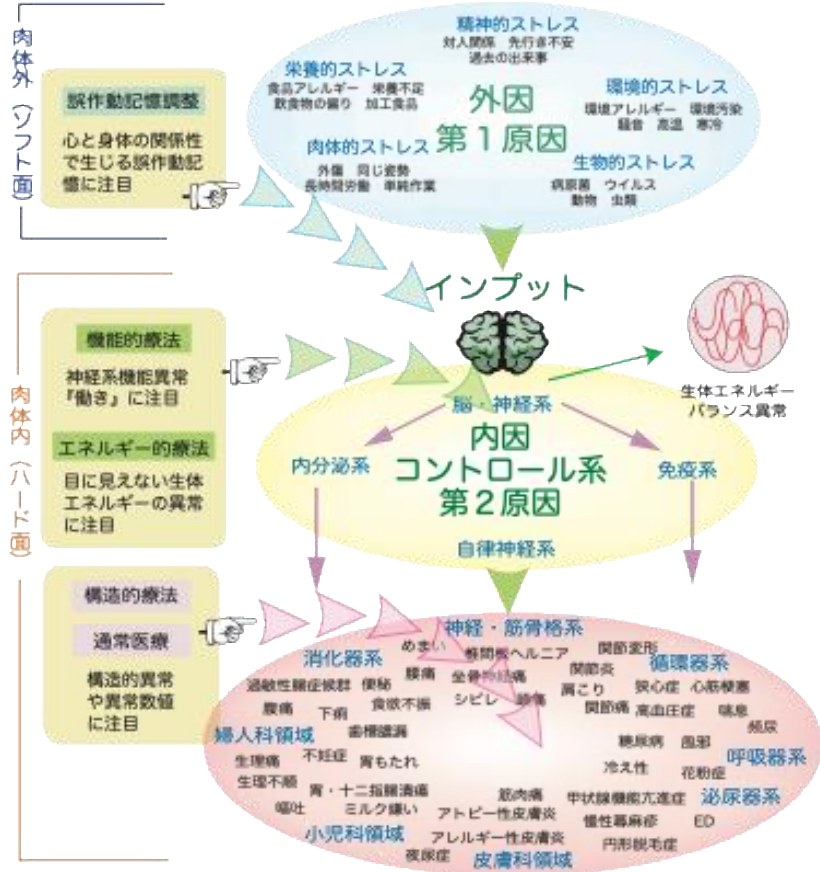
7	6	5	4	3	2	1
極めて重症	重症	やや重症	中等症	軽症	最も軽微の症状	症状なし

NRS

前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
症状程度	後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
手足不安	後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

TDMS

活性度: 前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度: 前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
活性度: 後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度: 後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5



肉体外 (ソフト面)

- 操作記憶調整: 心と身体の関係性で生じる操作記憶に注目
- 外因 第1原因:
 - 精神的ストレス: 対人関係, 先行不安, 過去の出来事
 - 栄養的ストレス: 食品アレルギー, 栄養不足, 取食物の偏り, 加工食品
 - 肉体的ストレス: 外傷, 同じ姿勢, 長時間労働, 単純作業
 - 環境的ストレス: 環境アレルギー, 環境汚染, 騒音, 高温, 寒冷
 - 生物学的ストレス: 病原菌, ウイルス, 動物, 虫咬

肉体内 (ハード面)

- 機能的療法: 神経系機能異常「働き」に注目
- エネルギー的療法: 目に見えない生体エネルギーの異常に注目
- 構造的療法: 通常の医療, 構造的異常や異常数値に注目
- 内因 第2原因: 脳・神経系, 自律神経系, 内分泌系, 免疫系
- 生体エネルギーバランス異常
- 神経・筋骨格系: めまい, 肩関節ヘルニア, 関節変形, 腰痛, 坐骨神経痛, 関節炎, 循環器系
- 消化器系: 過敏性腸症候群, 便秘, 腹痛, 下痢, 食欲不振, シビレ, 吐物, 嚥下困難
- 婦人科領域: 生理痛, 不妊症, 育もたれ, 生理不順
- 小児科領域: 胃・十二指腸潰瘍, 嘔吐, ミルク嫌い
- 皮膚科領域: アトピー性皮膚炎, 夜尿症
- 循環器系: 高血圧, 狭心症, 心臓病, 糖尿病, 脳卒中, 喘息
- 呼吸器系: 慢性呼吸器疾患, ED
- 泌尿器系: 腎臓病, 尿管, 膀胱炎, 花柳病
- 内分泌系: 甲状腺機能亢進症
- 性腺系: 慢性腎臓病
- 内臓系: 円形脱毛症

重症度（CGI-S）初診時の症状の重症度

1：症状なし， 2：境界， 3：軽症， 4：中等症
5：重症， 6：かなり重症， 7：極めて重症

改善度（CGI-I）初回と比較した時の症状の改善の程度

1：とても改善した， 2：改善した， 3：やや改善した， 4：変化なし
5：やや悪化した， 6：悪化した， 7：かなり悪化した

NRS 数値評価スケール



最大の
症状レベル

症状がない

活性度：元気な気分

今の気持ちは？



安定度：リラックスした気分

今の気持ちは？



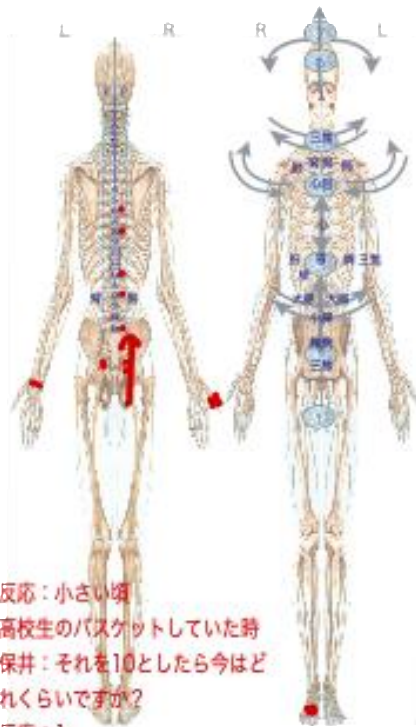
氏名：

様

7年8月29日

集中ケア 週に 回 x 週 リハビリケア 週に 回 x 週 メンテナンスケア 週・月に 回

最も悪い状態 高知者による評価・推奨 最も良い状態



反応：小さい頃
高校生のバスケットしていた時
保井：それを10としたら今はど
れくらいですか？
反応：1
保井：そこを認識してください
→調整

喉の詰まり感
→唾を飲み込む+
→嚥下+

モートン神経症
→右足中足骨

帯状疱疹+
左手首が痛い+
→手関節

両坐骨+
→梨状筋+

左の突き指した親指+

唾を飲み込む+
Key：同情心・自分関係
反応：ネガティブな同情心
Key：つながり/愛情
保井：10が満足としたらどれく
らい満足してますか？
反応：1
保井：自分が好きですか？
自分が好きだった時はいつで
すか？



NRS

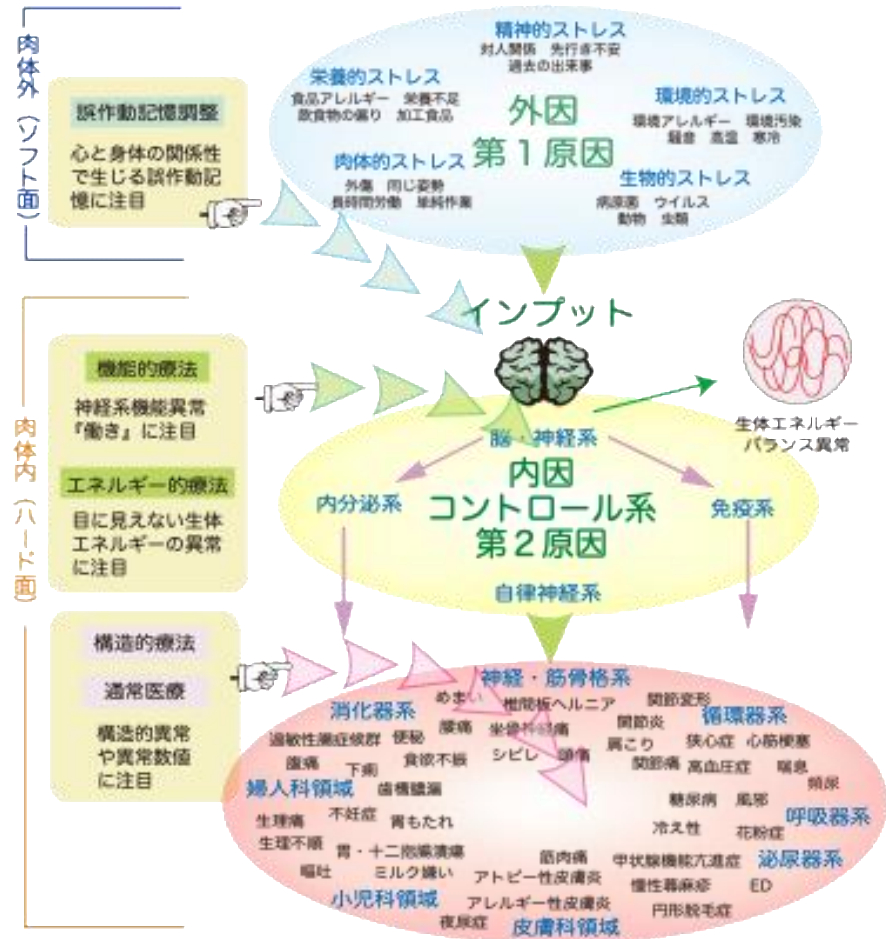
前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

予期不安

前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

TDMS

活動度：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
活動度：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5

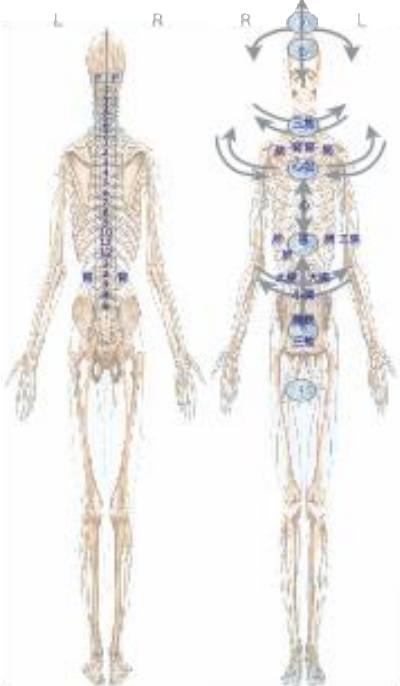


2回目以降のカルテの記載

A4版の2面(2日分)

施術日時 年 月 日 時 分

整骨
コメント



CG-I

7	6	5	4	3	2	1
著しく悪化	悪化	少し悪化	変化なし	少し改善	改善	著しく改善
10→10&2	10→10	10→11	10→10	9→7	8→4	

治療前を「症状 10」としたときの改善度、1～7

NRS

前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

症状程度

予期不安

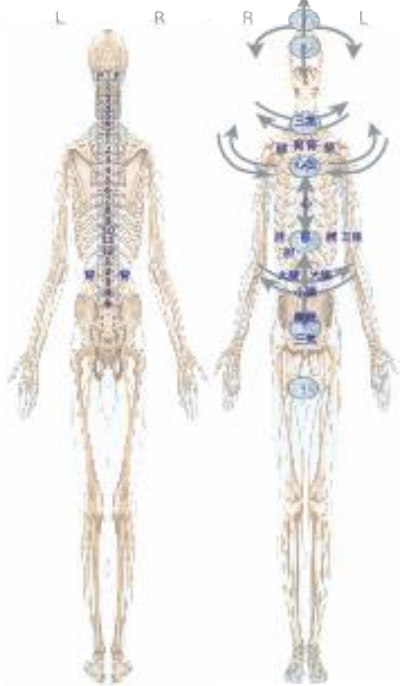
前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

TDMS

活性化：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
活性化：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5

施術日時 年 月 日 時 分

整骨
コメント



CG-I

7	6	5	4	3	2	1
著しく悪化	悪化	少し悪化	変化なし	少し改善	改善	著しく改善
10→10&2	10→10	11→11	10→10	9→7	8→4	

治療前を「症状 10」としたときの改善度、1～7

NRS

前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

症状程度

予期不安

前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

TDMS

活性化：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
活性化：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5

A4版の3面(3日分)

施術日時 年 月 日 時 分

患部
コメント

C64-1

7	6	5	4	3	2	1
著しく悪化	悪化	少し悪化	変化なし	少し改善	改善	著しく改善
10→10.5	10→11	11→12	12→13	8→7	6→5	4→1

治療前を「症状10」としたときの改善度。1～7

NRS		TDMS	
肩	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	肩	5 4 3 2 1 0
腕	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	腕	5 4 3 2 1 0
肘	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	肘	5 4 3 2 1 0
手	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	手	5 4 3 2 1 0
手首	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	手首	5 4 3 2 1 0

施術日時 年 月 日 時 分

患部
コメント

C64-1

7	6	5	4	3	2	1
著しく悪化	悪化	少し悪化	変化なし	少し改善	改善	著しく改善
10→10.5	10→11	11→12	12→13	8→7	6→5	4→1

治療前を「症状10」としたときの改善度。1～7

NRS		TDMS	
肩	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	肩	5 4 3 2 1 0
腕	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	腕	5 4 3 2 1 0
肘	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	肘	5 4 3 2 1 0
手	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	手	5 4 3 2 1 0
手首	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	手首	5 4 3 2 1 0

施術日時 年 月 日 時 分

患部
コメント

C64-1

7	6	5	4	3	2	1
著しく悪化	悪化	少し悪化	変化なし	少し改善	改善	著しく改善
10→10.5	10→11	11→12	12→13	8→7	6→5	4→1

治療前を「症状10」としたときの改善度。1～7

NRS		TDMS	
肩	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	肩	5 4 3 2 1 0
腕	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	腕	5 4 3 2 1 0
肘	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	肘	5 4 3 2 1 0
手	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	手	5 4 3 2 1 0
手首	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	手首	5 4 3 2 1 0

2回目以降

施術日時 7 年 8 月 30 日 時 分 2 枠

股関節

○右足・経絡・膀胱系

キーワード：恐怖・自分関係

内面の恐れ

自分の性格で好きな面と嫌いな面はありますか？

人間関係に関わる性格で、自分の性格を言語化できますか？

イラついてしまう自分。

ネガティブな思いをする自分、嫌いな自分を認識しておく。

怒りは自然に出てくるもの。なのでもう1人の自分で観察していくように思った方が良い。

引いて自分をみてる。

○左手関節屈曲：手掌から5センチの空間ブロック振動調整

○嚙下

キーワード：劣等、母親

母親としても自分の点数は？

90点(自覚) 70(身体反応)

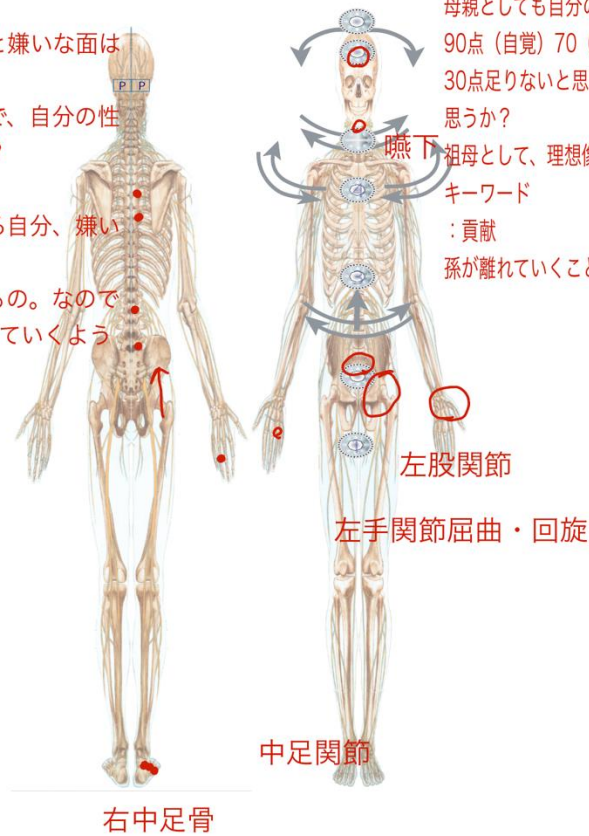
30点足りないと思っているが、何だと思えるか？

祖母として、理想像は何か？

キーワード

：貢献

孫が離れていくことに劣等、寂しさ



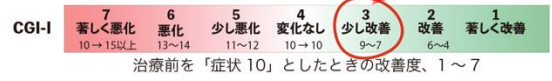
重症度 (CGI-S) 初診時の症状の重症度

1：症状なし， 2：境界， 3：軽症， 4：中等症
5：重症， 6：かなり重症， 7：極めて重症



改善度 (CGI-I) 初回と比較した時の症状の改善の程度

1：とても改善した， 2：改善した， 3：やや改善した， 4：変化なし
5：やや悪化した， 6：悪化した， 7：かなり悪化した



NRS

症状程度	前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
予期不安	前	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
後	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	

TDMS

活性度：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：前	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
活性度：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
安定度：後	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5

治療毎のスケール表

	初回	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	…	最終
症状の程度：0~10 (イップス全体)	10	9	7	7	7	6	6	6	5	5	3	2	1													
症状に対する 予期不安：0~10	10	9	9	7	7	5	5	6	5	5	3	2	1													
CGI-I：1~7 (改善の程度)		4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	1													
CGI-S：1~7 (初診時の重症度)	7	←初回時のみ入力																								

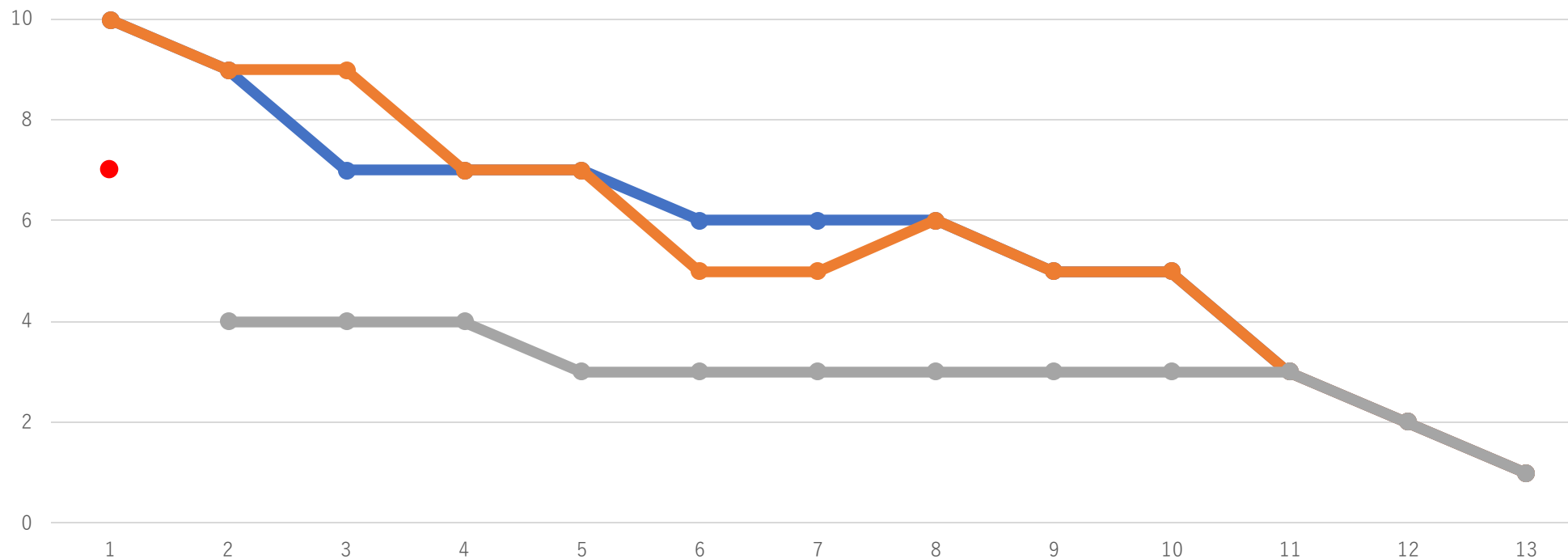
重症度 (CGI-S) 初診時の症状の重症度

1：症状なし， 2：境界， 3：軽症， 4：中等症
5：重症， 6：かなり重症， 7：極めて重症

改善度 (CGI-I) 初回と比較した時の症状の改善の程度

1：とても改善した， 2：改善した， 3：やや改善した， 4：変化なし
5：やや悪化した， 6：悪化した， 7：かなり悪化した

治療回数ごとの改善度折れ線グラフ



● 症状の程度：0~10 (イップス全体) ● 症状に対する 予期不安：0~10 ● CGI-I：1~7 (改善の程度) ● CGI-S：1~7 (初診時の重症度)

症例報告



症例報告の 目的

客観的に施術を振り返り施術技能を高める

「心身相関と生体の誤作動記憶に焦点をあて調整するPCRT」を広く紹介することで、慢性症状で困っている患者に貢献する

PCRTの質的研究のための症例報告の収集

大学の共同研究でPCRTの社会的認知の向上を目指す

研究者からの要望

- 研究、科学の視点では、できる限りの客観的評価が大切になるため、スムーズに改善した臨床報告のみならず、改善が滞った、もしくは改善しなかった臨床報告も提出していただくことで研究価値が高まる可能性が高い

PCRT症例報告の規定フォーマット

1. 報告者(施術者)情報：
2. 症例テーマ：
3. はじめに：
4. 症例要約：
5. 患者の愁訴：
6. 患者情報：
7. 発症からの経緯：
8. 初回～通院施術回数毎の記録
9. 治療回数毎のスケール表
10. 治療回数毎の折れ線グラフ

症例報告提出について
PCRTのホームページ
をご覧ください。

