

1.Rolfing®S.I. 及びSomatic Experiencing®セッションに際しての質問表

お名前 _____ 住所 〒 _____ (都/道/府/県) _____ (郡/区/市) _____

自宅の電話番号 _____ 携帯電話 _____ e-mail _____ 生年月日 _____ 年 月 日

セッションを受ける目的と動機改善/変化させたいこと、気になる身体の部位 _____

日常/職種/仕事上によく行う動作 行ったことのある運動や習い事 _____

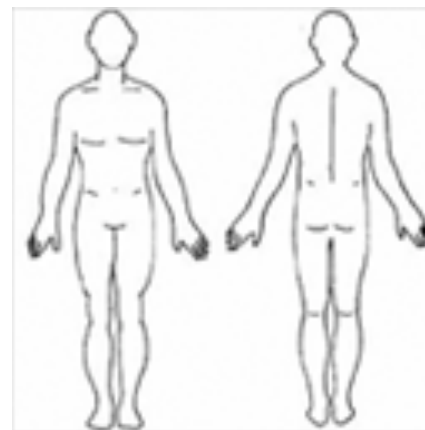
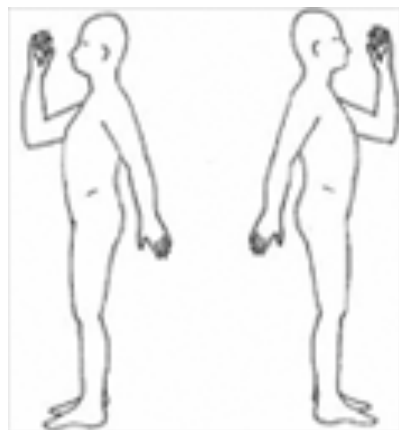
希望するワーク (任せる, Basic 10 Rolfing®, Rolf Movement™, SE) 希望回数 (10 回, 10回+α必要に応じて, 一任, まだわからない)

現在服用中のお薬 _____ Rolfing®や他のボディワーク, 整体・SE等の体験のある各種療法 _____

以下の項目に可能な限り正確にお答え下さい。(すべての項目に関してYesまたはNoのどちらかをマルで囲んで下さい。現在のみならずかなり昔の経歴も含まれます。)

腫瘍(悪性/良性) Yes・No | 外科的手術 Yes・No | 妊娠中 Yes・No | 出生時難産 Yes・No | 発疹/皮膚炎 Yes・No | 骨折/打撲/けが/捻挫 Yes・No
交通事故/ムチ打ち Yes・No | 結核 Yes・No | ウイルス感染(肝炎, HIV等) Yes・No | 高血圧 Yes・No | 心臓の不調 Yes・No |
慢性的な炎症(関節/静脈炎等) Yes・No | 偏頭痛 Yes・No | 変調を伴う注射/腰椎穿刺/鍼治療 Yes・No | 薬物中毒 Yes・No |
何らかの治療による変調 Yes・No | 後に残るような苦痛/衝撃 | Yes・No | 喘息/アレルギー Yes・No | 尾骨強打 Yes・No | 貧血 Yes・No

上で"はい"と答えた項目の詳細(いつ?現状は?問題の場所と事故の大小に関わらず, 過去衝撃を受けた部位を下図に示してください。) 衝撃等による制限箇所がこちらで把握できれば十分なので, DVやいじめ等, 知られたくないコメントを無理になさる必要はありません。



2.Rolfing®およびSomatic Experiencing®セッションの申し込みと同意書

申し込み者である私は、重力に対して無理のないように肉体のバランスを整えるというロルフィング®及び、ストレスにより蓄積したエネルギーを解放するというSomatic Experiencing®(以下SE)の目的を十分理解しています。身体の動きが効率的かつ自由になるように、ロルフィングは、直接的な手技や教育を手段として用いることを理解しています。ロルフィング/SEは、いかなる病気の治療・処置と関係がなく、注意を要する場合でも医学的診断や処置を代替する医療行為ではないことを理解しています。ロルファー™は病気、いかなる疾病、肉体的或いは心理的な不具合に対しても、それらを処置したり診断したりはしません。私は、身体のバランスを整えることにおいて、私を手助けするために、ロルファーが私の身体に触れる必要性を理解しています。私は、認定ロルファーである田畑浩良に対して、自分の身体のバランスを整える補助になるすべての事柄に対して許可を与えます。私はロルファーに対して、身体的なバランスを確立するための方法において、自分の身体をワークするための特権と承諾を与えます。さらに、私は全体として人間が有機的なまとまりをもつ時に、肉体的或いは精神的な症状の軽減がたまたま一致して起こることと、それがロルフィング/SEのゴールではないことを理解しています。

キャンセルに関する同意:いかなる理由であれ、予約時間前24時間以内に生じたキャンセルについては、一回分のセッション料金全額を支払うことを同意します。

御署名 (18才以下は保護者様)

(年月日)

年 月 日

キャンセル(予約取り消し)に関するポリシー: キャンセルに関しては、予約開始時間前24時間を過ぎますと、1回分のセッション料金全額をお支払い頂くこととなります。(1)東京圏外からいらっしゃる方で公共の交通機関に影響がでた場合、(2)1親等の親族が亡くなった場合は考慮させていただきます。ご本人以外の都合で、扶養家族の健康状態の悪化、医師から伝染性のある疾患と診断された場合については、一週間以内でこちらに空きがあり、こちらで指定する日時にリスケジュール可能な場合のみ考慮させていただきます。それ以外のいかなる理由、例えば、急なお仕事の都合による取消には、キャンセル料金が発生しますのでご注意ください。

後のクライアントの方のセッションに影響がでますので、遅刻はお避け下さい。キャンセルは、必ず電話(080-3366-3815)またはメールにてお知らせ願います。多くの場合留守録電話になっているので、必ずメッセージを入れておいて下さい。その他:同伴の方の見学は、基本的にはご遠慮下さい。(お子さんが乳幼児で、他にお預けになるのが難しい場合は、ご相談ください。)

セッションに関しての注意点について 向精神薬や睡眠導入薬を服用されている方は、セッション後、望ましい改善が見られても、ご自身の判断で突然薬の服用を止めたり、お薬を減らすことはお避け下さい。最終的にお薬に頼らない状態を目指すとしても、ご自身の判断で突然服用を止めると危険が伴う場合があります。薬の服用の変更に関しては、医師に必ずその都度指示を仰ぐようにしてください。また、心療内科等のクリニックに通院されている場合は、担当医師に、マッサージや身体への働きかけを受けても問題ないかどうか事前に確認して下さい。過去の怪我や事故について参考情報としてお聞きすることがありますが、セッションを安全かつ効果的に進めるため、ご負担を感じたら敢えて話す必要はありません。あくまで、身体構造/機能或いは身体感覚を通しての働きかけになります。今、どんな感じですか?どんな感覚がありますか?等問いかけすることがあります。これは、何か正しい答えを求めているわけではなく、ご自身が身体感覚に注意を向けた時に、身体に感じる微妙な感覚(フェルトセンス)を感じてもらうためです。このフェルトセンスを感じることで、自己調整能にアクセスする鍵となりますが、痛みや違和感をこと細かく感じるネガティブチェックを習慣化している場合はそれは全く役立つというより、先に進む妨げになることを覚えておいて下さい。普段より、うまく機能している場所や意識が抜けやすい身体場所にも感覚が行き届くようになってくると、ご自身での修正ができるようになってきます。

禁忌:セッション前のアルコール。精神疾患のある方で通院中の方は、かかりつけの医師の許可(身体への働きかけが可能かどうか)を得てください。悪性腫瘍を有する場合、或いは切除後4年経過していること。妊娠3ヶ月間。但し、ご本人の同意と信頼関係がある場合は、例外もありますので、ご相談ください。

服装:Rolfing - 男性はブリーフタイプの下着、女性は、ブラとショーツ。エアロビで使用するスポーツブラ、ビキニタイプの水着或いはそれに類する背中、肩、胴回りになるべく覆われない柔軟な素材のものがワークをやりやすいのですが、その上に大きめのT-shirtsを着た状態で必要に応じてめくる形で進めることも可能です。下は、大腿部があまり隠れないものが、ワークしやすいのでご協力下さい。ソマティック・エクスペリエンス(以下SE)- 着替えの必要はありません。

間隔: 標準的な10シリーズRolfingの場合は、標準的には、週に2回から2週間に1回のペースとされていますが、こちらでは、イールドと間合いを使うことで、間を空けずに連日集中的な進め方も実施しています。これまで、5セッションを連日で行ったり、約2週間で10回のシリーズを行うスケジュールも提供しています。

セッション中あるいは、シリーズ完結後、約半年程度は変化のプロセスが進みますので、深部に働き掛ける強いマッサージや指圧はお受けにならないことをお奨めします。また重い荷物を持つ場合は、十分注意して下さい。セッション途中で妊娠された場合は、必ずお知らせ下さい。お支払い:毎セッションごとに現金でお願いします。