

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)
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, 身体の部位

日常/職種/仕事上のよく行う動作

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, 13回, 15回, ロルファーに一任, 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どちらかをマルで囲んで下さい。現在のみならず**過去**の経歴も含みます)

→ワークを**安全**に行う目的とセッションを進める上で参考となります。

腫瘍(悪性/良性) はい いいえ 外科的手術 はい いいえ 妊娠中 はい いいえ 出生時難産 はい いいえ 喘息/アレルギー はい いいえ

発疹/皮膚炎 はい いいえ 骨折/打撲/けが/捻挫 はい いいえ 交通事故/ムチ打ち はい いいえ 尾骨強打 はい いいえ

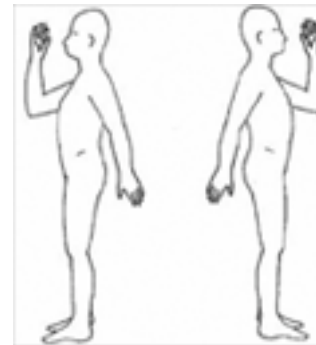
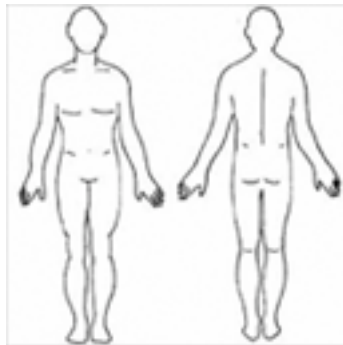
結核 はい いいえ ウイルス感染(肝炎, HIV等) はい いいえ 高血圧 はい いいえ 心臓の不調 はい いいえ 貧血 はい いいえ

慢性的な炎症(関節/静脈炎等) はい いいえ 偏頭痛 はい いいえ 変調を伴う注射/腰椎穿刺/鍼治療 はい いいえ

薬物中毒 はい いいえ 何らかの治療による変調 はい いいえ 後に残るような苦痛/衝撃 はい いいえ

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®S.I.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、公式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、3日前から前日までのキャンセル/変更については、3000円、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に異存はありません。

御署名 (18才以下は保護者様)

(年月日)

年

月

日

以上2ページに関しては、プリントアウト後ご記入の上、セッション当日にご持参下さい。

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、3日前から前日まで3千円のキャンセル料が発生します。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キャンセルとしてお支払い頂くことになります。電車で一時間以上かかる遠方の方で、自然災害や人身事故により公共交通機関に影響がでた場合のみ考慮させていただきます。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、身体状況に望ましい改善が見られても、ご自身の判断で突然服用薬を止めることは絶対にお避け下さい。最終的にお薬に頼らない状況をサポートする意図はありますが、突然止めるのは危険な場合があります。お薬の量を減らしたい意向を医師に告げ、指示を仰いでください。また、精神疾患で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、ご無理を感じたら語る必要はありません。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。身体感覚とつながって頂くために、せっかくご自身の体験をお話になっている途中で、中断することもあります。予めご了承ください。

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、何か一つの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、取って言葉にすればできるような身体感覚(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、自己調整能が発揮される鍵になります。

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。エアロビで使用されるスポーツブラ、ビキニタイプの水着或いはそれに類する背中、肩、胴回りが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：最初の10シリーズRolfingをお受けの場合は、一般に、週に2回から2週間に1回のペースとされています。特にスケジュール上問題がないようであれば、週一で決まった曜日時間枠でご予約ください。SEのセッションは、1日1回であれば、連日行なうことも可能です。

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。