

☆☆☆☆☆☆ カウンセリングシート ☆☆☆☆☆☆☆

令和 年 月 日

この度はご来店いただきありがとうございます。

お客様に最適なサービスを提供するために、カウンセリングシートの記入をお願い致します。

お気軽にお答えいただければ幸いです。

お名前	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)	男 ・ 女
ご住所	〒		連絡先		
ご職業			メールアドレス		

1. 当店をお知りになったきっかけをお選びください。（複数回答化）

DM ・ ちらし ・ ご紹介（紹介者名 様 ） ・ WEB
看板を見て ・ 雑誌 ・ その他（ ）

2. あてはまる項目に○をつけてください

- ◆ 体調 良好
不調（胃腸・肝臓・腎臓・更年期・婦人系・妊娠中・呼吸器・心臓）
その他（ ）
- ◆ 肉体面 疲労感激しい・疲れやすい・ほとんどない・たまにある
- ◆ 体の状態で気になっている項目を教えてください
ダイエット中・生理不順・肩こり・冷え性・むくみ・便秘症
下痢症・ストレス過多・高血圧・低血圧・発汗（多・少）・頭痛
目の疲れ・不眠症・神経性過敏症・その他（ ）
- ◆ 生活状況 睡眠時間 平均（ ）時間 / 睡眠の質（熟睡・浅い）
- ◆ 運動 週（ ）回
- ◆ 趣味
- ◆ 食事の回 食事しっかり食べる ・ 朝は食べない ・ 不規則である
- ◆ 嗜好品 お酒 ・ コーヒー ・ 紅茶 ・ 緑茶 ・ タバコ
お菓子 ・ その他（ ）
- ◆ 家事や仕 毎日 ・ 週 回 ・ 残業が多い ・
立仕事 ・ デスクワーク ・ パソコンを使う
- ◆ 最近の様 楽しい ・ 普通 ・ 忙しい ・ 気を遣う
つまらない ・ 疲れる ・ ストレスが多い

3. ご希望、ご質問等自由にお書きください