

カウンセリングシート

フリガナ	生年月日	年	月	日
お名前	性別			
ご住所 〒				

1 あてはまる項目にチェック✓を入れてください。

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

その他 ()

2 体の状態で気になっていることはありますか？

☐ ある() ☐ ない

3 あてはまるものに○をつけてください。

嗜好品 お酒 たばこ コーヒー その他()

体質 健康 アレルギー 貧血気味 便秘 高血圧 低血圧

治療中の持病がある ()

4 日常の平均睡眠時間をご記入ください。 (約 時間)

5 その他に聞きたいこと等あればご記入ください。