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　あてはまるものに〇をつけてください。

　　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。