

カウンセリングシート

五十嵐ヒーリング

※ 当院の施術行為は、治療を目的とした医療行為ではありません。
また、状況によっては本日の施術ができない場合がございます。施術担当者にご相談・ご確認ください。

安全で効果的な施術を行うため、以下の質問にお答えください。(当てはまるものに○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)
- 現在の状況 ダイエット中・生理不順・肩こり・冷え性・むくみやすい・便秘症・下痢症・ストレス過多
高血圧・低血圧・発汗(多・少)・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 (寝つきが悪い・夜中に起きる・朝方目が覚める)
- 常用薬 頭痛薬・便秘薬・睡眠薬・精神安定剤・ホルモン剤・ヒスタミン剤 (軟膏)
血圧降下剤・経口避妊薬・その他()
- アレルギー YES ・ NO YESの場合(種類)
- 現在心療内科等に通院 YES ・ NO 過去にある(期間 お薬)
- 食生活 規律正しい・不規則 外食は(多い・少ない) 趣向(淡泊・濃厚・塩気多い・甘党・刺激)
- 嗜好品 タバコ(1日 本) アルコール(週 回 量) お菓子(多い・少ない)
- 職業 _____ 勤務形態：規則的 ・ 不規則 (時間/日、週 日勤務)
- 発症時期 1か月以内 ・ 3か月以内 ・ 半年以内 ・ 1年以内 ・ それ以上 (年)
- 月経(女性の方のみ) 生理不順 (有 ・ 無) 現在生理中 (はい ・ いいえ)
- 排便 便秘 ・ たまに便秘 ・ 常に便秘 ・ 下痢 ・ たまに下痢 ・ 常に下痢
- 頭痛 有 ・ 無 頻度：_____回/月 場所：(後頭部 ・ こめかみ付近 ・ 目の奥)
- 耳鳴り 有 ・ 無 頻度：_____回/月 場所：(右 ・ 左) 診断 (済 ・ 未)
- めまい 有 ・ 無 頻度：_____回/月 タイプ：(フワフワ・グルグル) 診断 (済 ・ 未)
- 運動 週_____回、 _____時間 (内容：)

気になる症状を具体的にご記入ください。

●過去に患った病気もしくは先天性の疾患はありますか？具体的にお書きください。

当院記入欄

フリガナ		生年月日
お名前		T・S・H 年 月 日
	〒	電話番号
ご住所		()

●アンケートにご協力下さい。
当院をお知りになった理由をお聞かせください。
ご家族の紹介 ・ ご友人、知人の紹介(お名前：) ・ 看板を見て
インターネットを見て ホームページ ・ 口コミサイト() ・ チラシ()
ご協力ありがとうございました。