

COUNSELING SHEET

年 月 日 ()

お名前		生年月日	年 月 日 (歳)	男・女
ご住所	〒	電話番号	自宅	- -
			携帯	- -
ご職業		メールアドレス		

以下の質問にお答えください（複数回答可） ※答えにくいところは未回答で結構です。

1、トレーニングの目的を教えてください。

筋力向上 ダイエット ボディメイク 体力づくり
 身体機能改善（姿勢 肩こり 腰痛 膝 その他 _____）
 健康生活の維持 病気療養・リハビリ（ _____）
 その他（ _____）

2、理想とする身体はありますか。

しっかり筋肉のついたマッチョな身体 細マッチョな身体
 女性らしい曲線重視で引き締まった身体 細くすらっとした身体
 健康的で適度な筋力の身体 見た目にこだわり無し
 その他、理想の体型等（ _____）

特に気になる部位があればご記入ください（ _____）

3、私生活で運動をされたり、仕事で体をつかった作業をされていますか。

はい（ _____）・ いいえ

4、今後のスケジュールについて教えてください。

①トレーニング開始希望日 いつでも 年 月 日以降
 ②トレーニング頻度 毎日・（ _____）日/週・その他（ _____）

5、ご希望やご質問等、ご自由にご記入ください。

	
---	---