カウンセリングシート

※　ご記入いただいた情報は、当店での施術以外の目的で使用することはありません。

お名前　　生年月日

ご住所

ご連絡先

★当てはまる項目にチェックを入れてください。★

1　体の状態について、気になることはありますか？

□肩こり　□首のこり　□頭痛　□背中の痛み、はり　□目の疲れ、かすみ　□腰痛
□足の疲れ　□足の痛み　□むくみ　□冷え性　□便秘　□貧血　□高血圧
□その他（　　）

2　日常的に行っている運動はありますか？

□する（　　）　□しない

3　一日あたり、どれくらいの水分をとりますか？

4　食事は、１日３食を決まった時間にとっていますか？

□はい　□いいえ（　　）

5　嗜好品はありますか？

□お酒（週　　日）　□コーヒー（１日　　杯）　□紅茶（１日　　杯）
□緑茶（１日　　杯）　□冷たい飲み物　□タバコ

6　生活について当てはまる項目を教えて下さい。

□座っていることが多い　□立っていることが多い　□パソコンをよく使う　□忙しい
□気を使うことが多い　□ストレスが多い

7　睡眠の状態は良いですか？

□良い（毎日　　時間）　□不規則
□熟睡できる　□まあまあ　□眠りが浅い　□寝付きが悪い　□目覚めが悪い

★ありがとうございました★