

カウンセリングシート

面談日 令和 年 月 日

お客様情報	ふりがな	生年月日 19 年 月 日 (才)
	お名前	
	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 (子供 人) <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中	

生活	仕事: <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 立ち仕事 運動: <input type="checkbox"/> 有(回/週)(内容) <input type="checkbox"/> 無 入浴(湯船に浸かる回数):(回/週) 睡眠:(時間/日)(<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠りが浅い)
お食事	食事(回/日) 時間: <input type="checkbox"/> 規則的・ <input type="checkbox"/> 不規則 間食: <input type="checkbox"/> 有(内容)・ <input type="checkbox"/> 無 外食頻度:(回/週) タバコ: <input type="checkbox"/> 有(本/日) <input type="checkbox"/> 無 お酒:(回/週)(ml程度/日) 水分量:(l/日)
排泄	排尿回数:(回/日) 排便回数:(回/日)(又は 回/週)((<input type="checkbox"/> 残便感がある) 便の固さ: <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> やや硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや柔らかい <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 出ない 便の量: <input type="checkbox"/> 多い(両手いっぱい) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない(親指程度) 下剤の使用: <input type="checkbox"/> 有(薬品名) (頻度: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 便が出ないとき) <input type="checkbox"/> 無
生理	頻度: <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不調 <input type="checkbox"/> 閉経 痛み: <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 酷い) <input type="checkbox"/> 無
腸活で改善したい所	() ex.ぽっこりお腹、便秘、冷え性 など(複数回答可。特に気になるお悩みをお書き下さい。)
目標	いつまで、どの様に改善していきたいか *目標体重、理想のなりたい姿 いつ:(月頃まで) どの様に:()
	常備薬 サプリメント <input type="checkbox"/> 有(具体的には?) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 精神安定剤 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 薬は現在 <input type="checkbox"/> 服用中 <input type="checkbox"/> 過去服用 疾患 子宮筋腫 ・ 卵巣腫瘍 ・ 腸に関する病気() ・ 心臓疾患 ・ 精神疾患 呼吸器疾患 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ アレルギー ・ 花粉症 ・ その他(手術歴等