

# カウンセリング シート

年 月 日

ふりがな		歳	性別 男 女		
名前:					
電話番号:		生年月日	年	月	日
住所:〒					
日常生活について					
睡眠時間	■平均: 時間		■就寝時間: 時ごろ		
便 通	快便 ・ 便秘 ・ 下痢 ■便通系で使っている薬( )				
運 動	・よくする(週 回) ・時々する(月 回) ・ほとんどしない ■内容:				
アルコール	・毎日飲む ・時々飲む(週・月 回) ・あまり飲まない ■種類:				
コーヒー	・飲む(1日 杯 ブラック・ミルク・砂糖(甘め・ビター) ) ・あまり飲まない				
たばこ	吸う(1日 本) 吸わない				
水分(お茶か水)	・2.0ℓ以上(約 ℓ) ・1.5ℓ~2.0ℓ ・1.0~1.5ℓ ・0.5ℓ~1.0ℓ ・0.5ℓ以下				
食生活について					
朝 食	時頃 ■内容: ごはん・パン(バター有・無)				
昼 食	時頃 ■内容:				
夕 食	時頃 ■内容:				
間 食	よくする・たまにする・ほとんどしない ■内容:( )				
外 食	よくする・たまにする・ほとんどしない ■週 回 何系?( )				
インスタント食品	・よく食べる ・たまに食べる ・ほとんど食べない ■内容:( )				
健康状態について					
■目標: kg :マイナス kg		■気になる部位:			
体調は?	高血圧 低血圧 腰痛 関節痛 頭痛 肩こり 胃腸系トラブル アトピー 花粉症 生理不順 むくみ その他( )				
備考					