

ファスティングカウンセリングシート

ファスティングサポート規約に同意し、以下の通り申込みます

ふりがな		電話番号			
氏名		メールアドレス			
		LINE ID			
住所	〒				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (妊娠中?) <input type="checkbox"/> はい		身長	cm	
年齢	西暦	年	歳	体重(任意)	kg

主に食べる物 (複数選択)	<input type="checkbox"/> 白米	<input type="checkbox"/> 発芽玄米、雑穀米	<input type="checkbox"/> 玄米	<input type="checkbox"/> パン	<input type="checkbox"/> 麺類
	<input type="checkbox"/> 肉類	<input type="checkbox"/> 魚類	<input type="checkbox"/> 揚げ物	<input type="checkbox"/> 野菜	
	<input type="checkbox"/> コンビニ系	<input type="checkbox"/> スーパー総菜	<input type="checkbox"/> ファストフード	<input type="checkbox"/> インスタント・冷凍食品	
	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> ヨーグルト	<input type="checkbox"/> チーズ	<input type="checkbox"/> マーガリン	
	<input type="checkbox"/> コーヒー	<input type="checkbox"/> チョコレート菓子	<input type="checkbox"/> アイスクリーム	<input type="checkbox"/> スナック菓子	
	<input type="checkbox"/> 和菓子	<input type="checkbox"/> 甘い物が好き	<input type="checkbox"/> ジュース類	<input type="checkbox"/> その他[                      ]	
食事の噛む回数	<input type="checkbox"/> よく噛んで食べる	<input type="checkbox"/> あまり噛まない	<input type="checkbox"/> わからない		
甘い物は?	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 時々食べる	<input type="checkbox"/> あまり食べない	
排便について	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 2~3日に1回	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 薬に頼る	
水の摂取量	ℓ/1日				
喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う			
飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> たまに飲む	<input type="checkbox"/> 飲む	<input type="checkbox"/> かなり飲む	
今、健康ですか	<input type="checkbox"/> とても健康だ	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> あまり健康ではない	<input type="checkbox"/> 不健康	
自覚症状 (複数選択)	↓	<input type="checkbox"/> 疲れやすい	<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 生理不順 (女性)
		<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 疲れ目	<input type="checkbox"/> PMS (女性)
		<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> イライラしやすい	<input type="checkbox"/> 爪の不調	<input type="checkbox"/> 生理痛 (女性)
		<input type="checkbox"/> 背中が張る	<input type="checkbox"/> 結石(過去含む)	<input type="checkbox"/> 抜け毛	<input type="checkbox"/> 生理前のイライラ(女性)
		<input type="checkbox"/> 偏頭痛	<input type="checkbox"/> 腎臓が不調	<input type="checkbox"/> のどの荒れ	<input type="checkbox"/> 更年期障害 (女性)
		<input type="checkbox"/> 寝つきが悪い	<input type="checkbox"/> 肝臓が不調	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (女性)
		<input type="checkbox"/> 寝起きが悪い	<input type="checkbox"/> 冷え性	<input type="checkbox"/> 昼食後に眠くなる	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症 (女性)
		<input type="checkbox"/> しみ	<input type="checkbox"/> 低血圧	<input type="checkbox"/> 歯ぎしり	<input type="checkbox"/> 多嚢胞性卵巣症候群
		<input type="checkbox"/> 肌あれ・ニキビ	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 食いしばり	<input type="checkbox"/> チョコレート嚢胞
		<input type="checkbox"/> むくみやすい	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 躁鬱	
		<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 低血糖症	<input type="checkbox"/> 情緒不安定	
		<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 糖尿傾向		

日々のストレスは	<input type="checkbox"/> 強く感じる	<input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> あまり感じない	<input type="checkbox"/> 全く感じない
ファスティングの目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> ダイエット	<input type="checkbox"/> デトックス	<input type="checkbox"/> 美容	<input type="checkbox"/> 病気予防、怪我治療
	<input type="checkbox"/> 体質改善	<input type="checkbox"/> 運動能力向上	<input type="checkbox"/> その他	[ ]

その他	その他の自覚症状、現在治療中、または経過観察中の不調はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒
	アレルギー疾患がある方はアレルギー名(花粉症以外)をご記入ください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒
	現在服用している薬、常備薬、鎮痛剤、漢方薬等がありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒
	現在、摂取している栄養補助食品（サプリメント）はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒
	現在、健康の為に実践されている健康法や食事法はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒
	その他、質問や気になることがあればご記入ください ※『バストを落としたいくない』『体重を落としたいくない』方はその旨で記載ください

申込み記入欄
--------