

カウンセリングシート

受付日： 年 月 日

| | | |
|--|------|------------------|
| フリガナ | | |
| 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 身長 | cm |
| 電話番号 | 体重 | kg |
| メールアドレス | 血圧 | 上 mmhg 下 mmhg |
| 今までにかかれた病気 | | |
| 現在服用中の薬(西洋薬・漢方薬) | | |
| 主訴:現在一番お辛い症状。 また、どのような時に症状が改善/悪化しますか。 | | |
| その他気になる症状はございますか。 | | |
| 備考: | | |

ご記入いただいた個人情報につきましては当店にて厳重に管理し、お客様への商品発送及び
当店よりお客様へのダイレクトメールなど、情報発信以外には使用いたしません。

※DM発送(年1回程度)を希望されない場合は、いいえに○をお付け下さい。 いいえ