

HADOカウンセリングリスト(写真用)

| | | |
|------------------------------------|----------------------|-------------|
| フリガナ | 会員番号 | — |
| 氏名 | 日付 平成 | 年 月 日 |
| 住所〒 | 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 | |
| | (男・女) (未婚・既婚) 子供 人 | |
| TEL | FAX | 職業(職種・業務内容) |
| E-mail | | |
| ご相談内容 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 波動水 () 本希望 お届け希望日・時間帯(特になし・ 月 日) | | |

☆ あなたは、現在、何らかの医学的治療またはその他の治療、投薬を受けていますか。あるいはその予定がありますか。(はい、の方は具体的な内容も記入してください)

☆ あなたは、過去に大きな怪我や、病気で治療を受けたことがありますか？

☆ 以下の項目で当てはまるものにチェックを入れてください。

- 1ーない。ほとんどない。 2ーときたまある。軽度である。 3ー時々ある。中度である。
4ーしばしばある。 5ー慢性的にある。

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 寝つきが悪い・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | むくみがある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 寝起きが悪い・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 関節が痛む・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 胃が痛んだりもたれる・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 肩こりがある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 便秘気味である・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 腰痛がある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 下痢や軟便傾向・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 生理痛がある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 吹き出物が出る・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 生理不順がある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| アレルギーがある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | いらいらする・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 風邪を引き易い・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 些細なことで落ち込む・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 頭痛がある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 過剰な不安感がある・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 冷え性がある・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 異常に食欲が湧く・・・ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

波動カウンセリングは、医学的な診断、治療を意図するものではありません。医学的な診断、治療が必要な方は、医師の診察を受けてください。

料金は、相談一回当たり、8,400円プラス波動水一本あたり5,040円(以上税込)、コレクト手数料315円です。標準的な、波動水1本セットでは、13,755円となります。2本セットでは、18,795円となります。

(有)HBI・ホリスティック・ビューティー研究所