

電話リーディング&ヒーリング カウンセリングシート

フリガナ	会員番号	—
氏名	日付 平成	年 月 日 初回
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		
カウンセリング希望日時・第一希望 月 日 時 第二希望 月 日 時 第三希望 月 日 時		

☆ 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"/>

電話リーディング&ヒーリングは、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、30分5, 250円 (リピーターのみ)、60分10, 500円、90分15, 750円です。事前に銀行振り込みが必要です。

兄弟構成（何歳離れているかをご記入ください）

お父様のキャラクター

お母様のキャラクター

胎児期のご両親以外の同居者（祖父母など）の当時のキャラクター（分かる範囲で）

胎児期、出産時にご本人、またはお母様の健康状態に問題があったら記入してください。

ご自身やご両親の口癖や思考のパターンについて気づくことがあれば記入してください。そのほか、カウンセラーや霊能者などに指摘されたことで気になることなどがあれば記入してください。