

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	
回			
ご相談内容・その後のご様子			
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)

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