

# 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
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"/>

遠隔リーディング&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、相談一回当たり、12,600円プラス波動水一本あたり1,050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、13,965円となります。

**(有)HBI・ホリスティック・ビューティー研究所**

