

食欲

ある・ない（空腹感がない・空腹感があるが食べたくない・食べると吐き気がする）

食事

1 日何食ですか。(1 日〔 〕食)

間食はしますか。(毎日する・する日が多い・時々する・しない)

どんな間食をしますか。

間食をする時間帯はいつですか。

(朝食と昼食の間・昼食と夕食の間・夕食と就寝の間)

食事は何時頃お取りになりますか。

(朝食 時/昼食 時/夕食 時)

味の好み

(甘い・辛い・薄い・濃い・苦い・しょっぱい・酸っぱい・その他 [])

大便

正常・便秘・普段軟便傾向・慢性下痢・最初硬く途中から軟便・コロコロ便・便が便器に粘りつく感じ・
腹が張りやすい・ガスが出やすい・スッキリ出ない・残便感がある・1日に何回もトイレに行く・臭いが強い

お酒

吞む（毎日・週　　日・時々）・吞まない

タバコ

吸う (1 日 本)・吸わない

アレルギー

ない・ある (

金属アレルギー

ある・ない

アルコール消毒に過敏

ある・ない

☆下記の当てはまるものに○をつけてください。

不安感・焦燥感・無気力・憂うつ感・朝起きるのがつらい・イライラする・怒りっぽい・気分にもラがある・歯ぎしり・涙が出る・神経過敏・匂いに敏感・集中力低下・やる気が出ない・落ち込む・悲しい・怖がり・心配事がある・情緒不安定・音に敏感・おっくう・息が苦しくなる・テレビを見ても内容が頭に入らない・好きなことをしても楽しくない・人に対して言い方がきつくなってしまう・考えがまとまらない・閉所恐怖症・その他（ ）

当院で施術するものは、はり師・きゅう師のほかにカウンセラーの資格も保有しております。

身体のこと以外でも何かお悩み事がございましたら、遠慮なく記入してください。問診の際におっしゃって頂いても構いません。