カウンセリングシート（初回）

お名前：
年齢：　　性別：男・女
職業：

郵便番号
住所：
電話番号：
メールアドレス：
（※ご記入頂いた内容につきましては、カラダ Design Labからのご連絡やご案内以外に利用することはございません。）

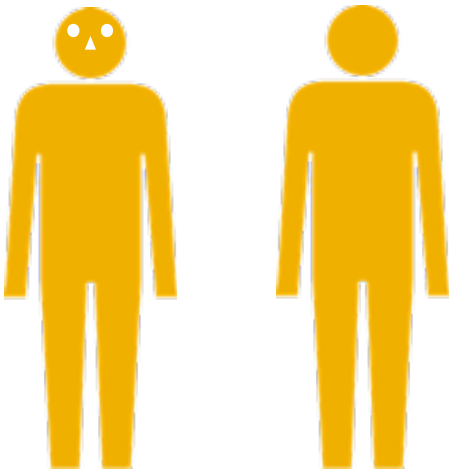
・現在どのようなカラダの悩みをお持ちですか？

・それはいつ頃から感じましたか？

・どのようなときにその悩みを強く感じる、もしくは意識しますか？

・その悩みに対してどのようになりたいですか？

・カラダの気になる部分を右のイラストに記してください。



・今までに何か手術を受けられていますか？

・今までにかかった病気や怪我などはありますか？
あればどのような診断名であったか教えていただけますか？

・現在治療中(通院中)ですか？　はい　／　いいえ