

カウンセリング・チェックシート

本カウンセリング・システムは、医師などの有資格専門家による診断を代行するものではなく、医療機器として使用されることを前提としているものではありません。皆様が日常的に行われる健康管理に対しての情報を提供させていただくものであることに同意します。また、今回ご提示いただいた全ての個人情報は、本カウンセリング・システムにおいてのみ使用されることに同意します。

お 名 前 様 月 日 ()

症状チェック

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 目が乾く | <input type="checkbox"/> 冷え性（手 / 足） |
| <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 目の疲れ | <input type="checkbox"/> 痺れ（手 / 足） |
| <input type="checkbox"/> 夜中に目が覚める | <input type="checkbox"/> 貧血気味 | <input type="checkbox"/> むくみ（顔 / 手 / 足 / 体全体） |
| <input type="checkbox"/> 肩こり | <input type="checkbox"/> 過敏症 | <input type="checkbox"/> 消化器系が弱い |
| <input type="checkbox"/> 耳鳴り | <input type="checkbox"/> 過食症 | <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 |
| <input type="checkbox"/> 声がかすれる | <input type="checkbox"/> ぜんそく | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎（小児 / 成人） |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> にきび・吹き出物 |
| <input type="checkbox"/> 低血圧 | <input type="checkbox"/> タンがからむ | <input type="checkbox"/> シミ・シワ・くすみ |
| <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 鼻炎・花粉症 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 無気力 | <input type="checkbox"/> 足がつる |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 片頭痛 | <input type="checkbox"/> 歯周病 / 歯周炎 |
| <input type="checkbox"/> 軟便 | <input type="checkbox"/> 体温が低い | |

食事チェック

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 飲酒 | <input type="checkbox"/> フルーツをほぼ毎日食べている |
| <input type="checkbox"/> カフェイン(コーヒーなど) | <input type="checkbox"/> 牛・豚・鳥など肉類を毎日食べている |
| <input type="checkbox"/> 塩や醤油などの濃い味付けを好む | <input type="checkbox"/> 魚類をほぼ毎日食べている |
| <input type="checkbox"/> スナック菓子をよく食べる | <input type="checkbox"/> 揚げ物や炒め物をほぼ毎日食べている |
| <input type="checkbox"/> 外食が多い | <input type="checkbox"/> 日常的に甘いものを非常に多く食べている |
| | <input type="checkbox"/> インスタント・冷凍食品をよく食べている |

生活習慣チェック

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 喫煙 | <input type="checkbox"/> 睡眠時間が6時間以下である |
| <input type="checkbox"/> 日常的に薬を飲んでいる | <input type="checkbox"/> 就寝時刻はほぼ毎日AM2:00時以降である |
| <input type="checkbox"/> 運動不足である | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日、昼ごろまで寝ている |

備考
