

BODY CUNSELING SHEET

お名前	ふりがな	生年月日
		年 月 日 (歳)
ご職業		身長 cm ・ 体重 kg

◆気になるトラブルに○をお願いいたします。

体重 むくみ スタイル

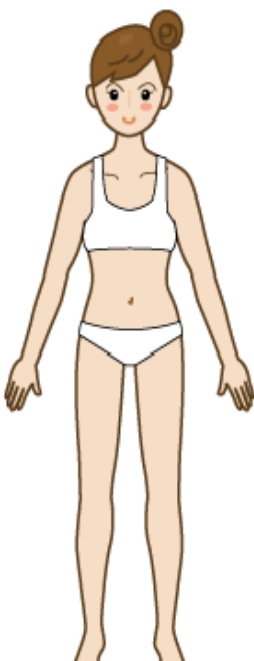
◆気になる部分に○をお願いいたします。

ウエスト ヒップ 太もも ふくらはぎ 足首 腕 背中 バスト



◆あてはまる項目にチェックをお願いいたします。(大変気になる◎・気になる○)

健康状態	<input type="checkbox"/> 体温が低い(36度以下)	<input type="checkbox"/> 冷え性
	<input type="checkbox"/> 便秘である(毎日便が出ない、出ても少量)	<input type="checkbox"/> 血圧が低い
	<input type="checkbox"/> 排尿の回数が1日5回以下	<input type="checkbox"/> むくみやすい
	<input type="checkbox"/> 血色がよくない、顔色が悪い	<input type="checkbox"/> 汗をあまりかかない
	<input type="checkbox"/> 疲れやすい、疲労が残しやすい	<input type="checkbox"/> あまり運動しない
	<input type="checkbox"/> 無理なダイエットを続けている	<input type="checkbox"/> 生理不順・生理痛
	<input type="checkbox"/> アレルギーがある(花粉症、アトピーなど)	<input type="checkbox"/> 頭痛・肩凝り・腰痛



箇所		体験前	体験後	差
ウエスト	H	cm	cm	cm
	M	cm	cm	cm
	L	cm	cm	cm
太もも(cm)		cm	cm	cm
ふくらはぎ(cm)		cm	cm	cm
足首		cm	cm	cm
腕		cm	cm	cm

