

## カウンセリングカルテ

■名前		■連絡先	
■住所			
■職業		■生年月日	
■主な既往歴 (下記該当項目に○印をつけて下さい)		■血液型	
高血圧、高脂血症、坐骨神経痛、 椎間板ヘルニア (首・腰)、膝痛、腰痛、肩こり、 心臓、脳疾患、リウマチ、なし その他 ( )		■身長	
		■体重	
■喫煙歴			
吸わない			
吸っていた		年前まで	1日 本
現在			1日 本
■飲酒			
飲まない		飲んでいた	現在 週 日
■食事 3回規則正しくとっていますか?			
■睡眠			
■定期検診			
受けている		受けていない	
■運動回数			
週 回			
■スポーツ歴			
テニス		継続 年	ゴルフ 継続 年
水泳		年	ウォーキング 年
■移動手段			
■健康状態 (下記該当項目に○印をつけて下さい)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>●心電図に異常があると言われた</li> <li>●心雑音を指摘されたことがある</li> <li>●運動時に胸の痛みがある</li> <li>●運動時に息切れが強い</li> <li>●コレステロールや脂肪が高いと言われたことがある</li> <li>●慢性疾患がある</li> <li>●尿酸が高いと言われたことがある</li> <li>●めまい、立ちくらみがある</li> <li>●最近痩せてきた</li> <li>●よく眠れない</li> <li>●ストレスが強い</li> <li>●最近疲れやすい</li> <li>●食欲がない</li> </ul>			
■その他気になることがあればお書き下さい			
■服用している薬、ビタミン剤があればお書きください。			
■目的 (ストレス解消、ダイエット、生活習慣病予防等)			