

コロンハイドロセラピー経過問診票

ID: 氏名: 様 (男・女)

① 体温: . 度
② 昨日のお食事の時間と内容を簡単に教えてください。 朝 (時) 内容 () 昼 (時) 内容 () 夜 (時) 内容 ()
③ 水分: 水 ・ お茶 ・ その他 () 約 L程度
④ 最終排便: 月 日 AM/PM 時頃 形状: コロコロ・バナナ状・半練り状・泥状・下痢 量: かなり多い・多い・普通・少なめ・かなり少なめ すっきり感: なし・あり
⑤ 現在不快と感じている症状がありますか? お腹が張る・おならが多い・お腹が痛い・下痢と便秘を繰り返す・食欲不振・肩がこる 不眠・肌のくすみ・肌荒れ・頭痛・イライラする・口臭が強い・体臭が気になる その他 ()
⑥ 現在飲んでいるサプリメントがありますか? 前回と同じ・飲んでいない・はい (追加分:)
⑦ セラピー後、体調の変化はありましたか? なし・まだ分からない あり () ・悪くなった ()
⑧ セラピー後、生活の変化や気をつけられるようになったことはありますか? なし・あり ()
⑨ 女性の方にお尋ねします。現在妊娠されていますか? いいえ・はい・わからない
⑩ セラピーを受けるにあたって、期待すること・ご不安はありますか? なし・あり ()
ご記入ありがとうございました。内容にお間違いがなければ、ご署名お願い致します。 ご記入日: 年 月 日 氏名: