

# Salon 【 La pluie 】 carte

年 月 日

ふりがな 名前	生年月日	電話番号	E-mail
緊急連絡先	氏名	続柄	
血圧	脈拍(1分間計ってください)	体温	血行(冷え症など)
職業	趣味	ライフスタイル(運動習慣)	睡眠時間
月経/PMS	便秘	頻尿回数	体質(アレルギー等)
食生活内容	タバコ	アルコール	食欲
現在の主な症状	他の気になる症状	治療歴/既往症	通常の治療による治療
通常の薬、サプリ	主な生活習慣		
セラピーで聞きたいこと		今回リトリートに期待すること	
今後どんな自分になりたいか		その他気になる事	

