

＜プロフィール＞

: 食事カウンセリング用

記入日	年 月 日	NO.	
フリガナ			性別
氏名			男・女
現在のお住まい	都・道・府・県	出身地	都・道・府・県
生年月日	年 月 日 (歳)	血液型	型
身長	cm	体重	kg
体脂肪率	%	過去最高体重	kg
職業	仕事内容		
未既婚	未婚・既婚	子供	人
家族環境	親と同居・親以外の家族と同居・一人暮らし・その他		
病歴など	腎疾患・肝疾患・甲状腺機能低下症・糖尿病・高脂血症 高血圧・狭心症・脳卒中・脳梗塞・心筋梗塞・動脈硬化 肥満体質・その他()		
食改善の目的	ダイエット・アンチエイジング・美肌・その他()		
不調など	頭痛・便秘・貧血・低血圧・目の疲れ・腰痛・不眠 冷え性・下痢・疲れやすい・ストレス・その他()		
飲んでいる薬・サプリメント・健康食品など			
エステ・鍼灸院などの利用	種類:	頻度:	
お肌について気になること	ニキビ・乾燥・シミ・シワ・クすみ・その他()		
※女性のみ : 生理周期	一定・やや不規則・不規則(最終生理日: / ~ /)		
※女性のみ : 生理痛	無・有	薬の服用	無・有 (薬名:)
睡眠時間	時間	趣味	
現在行っている運動			学生時代の運動
喫煙習慣	無・有	(1日: 本)・過去に吸っていたが止めた	
飲酒習慣	種類:	量:	/ 回
苦手な食べ物・嫌いなもの			
好きな食べ物			
現在の食事について気になること、気をつけていること			
備考			