

＜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 | | | |