

問診票

Room No. :	ID :
ご予約コース：ベーシックコース / エステプロ・ラボコース 月 日から 月 日（泊日）	

*スタッフ記入欄

※以下の項目にご記入下さい。ご記入は黒のボールペンをお願いいたします。 ご記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	ご職業
お名前	男女	年 月 日（歳）	
ご住所 〒 -		電話：	
		携帯：	
		FAX：	
		メール：	

(緊急連絡先)

フリガナ	ご本人との関係	電話：
お名前		携帯：
ご住所 〒 -		FAX：
		メール：

① 身長： cm	体重： kg
② 体調及び医師の了解について 1. 以下に該当するかどうかお知らせください ・妊娠中・授乳中の方 ・高血圧の方 ・重度の糖尿病の方 ・肺、心臓、肝臓、腎臓、胃腸、十二指腸などといった内臓に障害が発生したことがある方 ・過去に脳卒中、脳梗塞・心筋梗塞を起こしたことがある方 ・精神疾患のある方 ・お薬を服用されている方、通院中の方 ・発育段階の中学生以下の方 ・食物アレルギーのある方 ・その他体調に不安のある方（ ）	
2. 上記いずれかに該当する場合、当施設の利用について医師へ相談し了解を得たかどうかお答えください ・医師の了解を得た ・医師の了解を得ていない	
③ 既往症について（病名・ケガ、発症時期/年齢、診断内容、薬・手術等の治療内容、現在の状況等を具体的にご記載ください。） 1. 2. 3.	

④ 現在の体調について

1. ストレス

- ・ストレスを感じる（ない・ときどき・いつも）
- ・ストレスを感じることは何ですか（家族・仕事・健康・将来の不安）
- ・その他、具体的に（ ）
- ・解消法はありますか（どんなことで ）
- ・相談できる人はいますか（はい・いいえ）

2. 睡眠

- ・眠れる・眠れない（たまに・ときどき・いつも）・眠りが浅い
- ・いつから（以前から・最近）・夜目が覚める（ ）回位
- ・睡眠時間（ ）：（ ）～（ ）：（ ）

3. 月経

月経周期 ・順調 ・不順（ない・早まる・遅れる・不定）・閉経

月経痛 ・ない・ある（月経の前半・後半）

⑤ 現在かかっている病気・症状（可能な限り詳しくお願いします。）

1. 病名・症状

2. 問題となっている検査結果・数値（体重、血圧、血糖値など問題となっている事項）

3. 治療の経過

4. 服用している薬

5. その他アレルギー等気になる症状

⑥ 当施設の利用目的を教えてください（複数回答可）。

- ・ダイエット ・健康増進 ・体質改善 ・生活習慣の改善 ・デトックス ・リフレッシュ
- ・睡眠改善 ・その他（ ）

⑦ その他、ご不明な点やご質問がございましたらご記入ください。

⑧ 当施設を最初に知ったきっかけを教えてください。

新聞・雑誌（誌名： ）・TV（番組名： ）

看板 インターネット検索 ブログ・SNS パンフレット HP WEB広告

当施設のご利用経験者に聞いて 当施設の公開講座に参加して

ご紹介（ ）様 その他（ ）

ご記入いただきまして誠にありがとうございます。

当施設をご利用いただくためには問診票と、別途ご記入いただく同意書をご提出いただく必要があります。

お手数ですが問診票と同意書は、ご記入後、下記の宛先に、Eメール/FAXにてご送付ください。

なお、問診票および同意書のご回答内容によっては、ご宿泊いただけない場合があることをご了承ください。

ファスティングホテル 小谷流の森 〒289-1135 千葉県八街市小谷流647 TEL: 043-308-4436

FAX:043-308-4437

E-mail : reception@koyarunomori.jp

※ ご提供いただくお客様の個人情報は、お客様の健康状態及びお客様の安全並びに当施設のご利用・ご予約の可否の確認その他の公表済みの利用目的のみに利用するものとし、法令で認められる場合等正当な理由が認められる場合を除いて、お客様の同意なく第三者に提供することはありません。

(20220309)