

## サプリメント・カウンセリング問診票

年 月 日

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

性別 男 女 生年月日： 年 月 日 年齢 歳

住所

連絡先電話番号

メールアドレス

1 現在、気になっている症状や病気は何でしょうか？

2 現在、摂取しているサプリメントの商品名、メーカーをお知らせ下さい。また、ラベルに表示されている成分表を書いて下さい。あるいはコピーでも結構です。

3 サプリメント・カウンセリングの目的は、次のどちらでしょうか？

① 今自分が一番気になる症状や病気について、摂取しているサプリメントが、ほんとうに効果があるのか、知りたい。

② 気になる症状や病気について、どのようなサプリメントを選べば良いのか、知りたい。