カウンセリングチェックシート兼申込書

名　　前	
生年月日	
住　　所	〒
電話番号	
支払い方法	一括　　毎月　　振り込み　　代引き

ご希望のブレンド or お悩みの症状は？

現在医療機関に通院していますか？
　はい　　いいえ

現在お薬を服用していますか？
　はい（　　）　いいえ

たばこを吸いますか？
　はい　　いいえ

コーヒー・紅茶はよく飲まれますか？
　はい　　いいえ

ハーブティーは飲んだことがありますか？
　はい　　いいえ

妊娠していますか？
　はい　　いいえ

このアンケートはカウンセリングの目的でのみ使用いたします。
その他の目的では使用いたしません。

Remede douce