

THE THIRD SPACE ALL SERVICE INTRODUCTION

①個人について

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 職業(_____)

身長(_____)cm 体重(_____)kg 血液型(_____)型 ご結婚(既婚/未婚)お子様(無/有 _____ 人)

ご連絡先 _____ / ご連絡差し上げて良い時間帯 _____ 時頃

②運動について

フィットネスの経験: _____ 有 / _____ 無 加圧トレーニングの経験: _____ 有 / _____ 無

運動歴(現在: _____)(過去: _____)

目的:健康維持 / 体力強化 / スポーツや趣味のため / 体重調整 / 美容

その他(_____)

所有しているフィットネス器具(_____)

慢性的に痛みがある部位(_____)/気になる部位(_____)

過去に大きな病気、入院や手術を受けた(_____)

③現在の状況について

治療中、経過観察中の病気、持病は? ない _____ ある→(具体的に _____)

アレルギー性疾患は? ない _____ ある→(具体的に _____)

服用中の薬、漢方薬は? ない _____ ある→(具体的に _____)

摂取しているサプリメントは? ない _____ ある→(具体的に _____)

健康のためにしている事は? ない _____ ある→(具体的に _____)

現在の悩みは? ない _____ ある→(具体的に _____)

それに対して気をつけている事は? ない _____ ある→(具体的に _____)

(女)現在妊娠中ですか? いいえ _____ はい→(妊娠: _____ ヶ月)

④食事について

食事は一日何回ですか？ 1日 回 時間帯:朝食→ ~ 時 昼食→ ~ 時

その時間帯は？ 夕食→ ~ 時 間食→ ~ 時

主食は？ お米→ 催芽(発芽)玄米 玄米 白米 部づき米

パン→ 全粒パン 食パン(精製小麦) その他()

副食は？またその頻度は？ 魚類(毎日 週に 回程度) 野菜類(毎日 週に 回程度)

肉類(毎日 週に 回程度) 汁物(毎日 週に 回程度) 漬物(毎日 週に 回程度)

その他、良く食べる物は？ マーガリン・ショートニング 揚げ物 チョコレート菓子 牛乳

ヨーグルト・チーズ等の乳製品 その他のお菓子()

甘味類の間食は？ 毎日 時々 ほとんどしない

⑤生活習慣について

起床・就寝時間は？ (起床時間: 時前後) (就寝時間: 時前後)

タバコは吸いますか？ 吸わない 時々吸う 毎日吸う→(1日の量:20本以上 20本以下)

お酒は飲みますか？ 飲まない 時々飲む 毎日飲む→(酒類:) (飲む量:)

コーヒーは飲みますか？ 飲まない 時々飲む 毎日飲む→(1日の量: 杯くらい)

水分の摂取量は？ (1日に: 回) (摂取量:)

どんな物で摂っていますか？ ジュース 水 お茶 アルコール その他()

飲料水の種類は？ 市販の水 浄水器の水 電解(アルカリイオン)水 その他()

(女)生理は？ ない ある→(周期: ヶ月に 回) →(生理痛: ない 弱い 強い)

→(生理中・前の状態:)

便秘は？ ない ある→(排便:週に 回) →(尿の回数:1日に 回)

⑥ファスティングについて

ファスティングの経験は？ ない ある→(これまでのファスティング回数: _____ 回 / _____ 日間)

ダイエットの経験は？ ない ある→(ダイエット法: _____)

心身の状態について

肉体的疲労状態 良好 普通 悪い→(具体的に: _____)

精神的疲労状態 良好 普通 悪い→(具体的に: _____)

言葉が出てこない しびれ感 倦怠感 のど荒れ 脱力感

手足口のふるえ 舌がまわらない くしゃみ 疲れやすい 痙攣

むくみやすい めまいがする 情緒不安定 寝つきが悪い 咳

イライラしやすい 痰頭痛 耳鳴りがする 目がかすむ 水様鼻水

顔色が悪い 聞こえにくい 目がかゆい 発熱

情緒不安定 食欲がない 自閉傾向 疲れ目 腰痛がある

肩が凝りやすい 結膜炎 筋肉が痛む 冷え症 記憶力低下

腹痛関節が痛む キレやすい 体重減少 吐き気 発疹

臭いが分からない 頻尿 下痢 しみ 悪寒

抜け毛が気になる 便秘 肌あれ 寝汗 集中力低下

風邪をひきやすい 発汗 注意散漫 口内炎 息切れ

ニキビがでやすい 落ち着きがない 歯茎の腫れ 情緒不安定 その他

ファスティングに期待することは何ですか？

ファスティングへの不安な点は？