

ヒーリング・キレーション問診表 練習セッション用

初診日 年 月 日

(ふりがな)

氏名

住所 〒

電話

e-mail (もしくはLINE公式登録)

誕生日 年 月 日

職業

未婚・既婚・離婚・死別

子供 人

今日ヒーリングを受けるにあたり、何を期待していますか？また長期的に見て、どのような目標を持っていますか？

セラピー／スピリチュアルな為の学びの経験

今回、ヒーリングを受ける理由

発症した時期

突発 or 徐々に

以前受けていた処置

現在服用している薬剤や抗生物質

現在服用している医薬品以外の薬剤

摂取料 アルコール

タバコ

毎日の飲料

食の習慣

エクササイズ

視覚

眼鏡/コンタクト

嗅覚

聴覚

味覚

事故/怪我

手術

現在・過去の既往症 現在ある場合は「C」、過去あった場合は「P」と記入して下さい。

便秘	腰痛	真菌感染症	リウマチ熱	梅毒
下痢	高血圧症	気管支炎	熱	心臓病
鼓腸	うつ病	肺気腫	マラリア	癌
消化不良	気分にもうあり	胸膜炎	単核球症	てんかん
胃炎	不眠症	肺炎	結核症	脳梗塞
赤痢	倦怠感	水疱瘡	リウマチ	雌性器官疾患
目まい	潰瘍	はしか	関節炎	膵臓疾患
片頭痛	アレルギー	風疹	糖尿病	肝臓疾患
頭痛	湿疹	おたふく風邪	単純ヘルペス1型	腎臓疾患
耳痛	乾癬	百日咳	単純ヘルペス2型	AIDS（エイズ）
あごの痛み	ふけ	黄疸	淋病	低血糖症