

名前: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 才

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 体脂肪率: \_\_\_\_\_ %

### チェック項目

- 慢性的な痛みがある  
〔 部位は?いつ頃から? 〕
- 手術の経験がある  
〔 部位は?いつ? 〕
- ケガや病気の経験がある  
ケガ・病気名( \_\_\_\_\_ )  
部位( \_\_\_\_\_ )  
いつ頃( \_\_\_\_\_ )
- 疲れがとれにくい
- 食事を抜くことがある ( 朝食 ・ 昼食 ・ 夕食 )
- あまり食欲がない
- 風邪をひきやすい, また治りにくい
- 足がつりやすい
- イライラすることが多い
- 眠りが浅い
- 睡眠不足が続いている
- 頭痛や片頭痛がある
- 冷え性である
- 急なたちくらみ、めまいがある
- 目が疲れる
- 肩や腰がこる
- 胃がもたれやすい
- 胃酸がよく出る ( 食前 ・ 食後 ・ その他 \_\_\_\_\_ )
- 食後の胸やけがある
- 口内炎が出来やすい
- 口臭が気になる
- 舌がただれている



- 体重が増えやすい
- 体重が減りやすい
- おなかがはりやすい
- ガスがたまり易い
- 排便は毎日ある
- よく下痢をする
- アレルギー症状がある（ 鼻炎・花粉症・喘息・食べ物  
その他 ）  
食べ物のアレルギーがある人は詳しく書いてください。  
（ ）
- むくみやすい
- トイレが近い
- 貧血気味である
- 関節痛がある  
部位（ ）
- 神経痛がある
- 現在、ダイエットをしている
- 普段、利用しているサプリメントがある  
内容（ ）
- ストレスを貯めやすい、貯まりやすい
- ちょっとしたことでも息切れする
- 最近、動悸がある
- 好き嫌いがある  
好きな食べ物（ ）  
嫌いな食べ物（ ）
- 牛乳は飲めない
- 清涼飲料水（ 缶コーヒーや紅茶、炭酸飲料等 ）をよく飲む  
※具体的に1日の摂取量（ ）

どんな体作りを目指しますか？どんな体になりたいですか？

その他、体調で気になる点があれば、記入してください。

