

初回セッション質問記録用紙



日時： _____ クライアント名： _____

紹介人名： _____ 施行者名： _____

住所：

電話番号： _____ Eメール： _____

緊急時の連絡先（名前 / 電話番号）： _____ 18歳以下の場合は保護者名： _____

生年月日： _____ 年齢： _____

学歴 / 職業：

生活環境（例：家族・1人暮らし・ペット・自宅での安心感またはストレス感等）：

従軍経験 / 年数：

ヒーリングタッチを受ける事で、どのような変化・効果を期待しますか？

ヒーリングタッチ、または関連したエネルギー療法を受けた経験はありますか？

趣味または興味を持っている事：

霊的な信仰 / 活動 / 関連機関：

あなたの信仰心がご自分の支えになっていますか？

自分より何か大きなもの（偉大な物）を象徴する言葉や表現はありますか？

自分の強みは何ですか？

現在実行しているセルフケア（例：運動・瞑想・リラクゼーション・日記を付ける等）：

以下のスケールを使って、現在氣になっている箇所の評価をして下さい。

（記入なし＝確当しない、1＝少し、5＝中くらい、10＝ひどく感じる）7より高い評価の場合は説明をして下さい。

__人間関係	__鬱状態	__頭痛
__身体面での健康	__喜怒哀楽	__痛み / 場所 _____
__精神面での健康	__怒り	__疲労感・倦怠感
__感情面での健康	__不安感	__内分泌障害
__スピリチュアル	__パニック症状	__アレルギー
__仕事	__心の傷 / PTSD	__睡眠障害
__金銭面	__記憶障害	__安心感
__食事・栄養	__今後の進路	__人生の節目
__中毒症		__その他： _____

現在の健康状態について：

___ すごく良い ___ 良い ___ まずまず ___ あまり良くない ___ 悪い

現在の健康問題や症状に関連した要因：

最後に医師の診断や検査を受けた日：

かかりつけの医者や医療関係者：

現在診断を受けている疾患名と治療状況：

過去の入院/手術歴 (詳しい状況/年月)：

精神的な問題や精神疾患診断名：

薬の服用状態：

サプリメントの服用：

___ ビタミン ___ ミネラル ___ 薬草(ハーブ) ___ ホメオパシー系の薬 ___ フラワーエッセンス

___ その他： _____

睡眠の質/睡眠薬の服用/平均的睡眠時間：

栄養状態：

排便/排尿

水分摂取状況

カフェイン・アルコール類・タバコ (頻度と量)

他に伝えたい事や施行者やヒーリングタッチに関する質問はありますか？