



# studioBodyLink トライアルカウンセリングシート

**お客様情報** 太枠内をご記入ください。

受付 年 月 日 No.

お名前 (フリガナ)	性別	年齢	現在の身長	現在の体重
	男・女	歳	cm	kg

**お客様へ適切なアドバイスとサービス提供を行うため下記の質問にお答えください。** 当てはまる箇所には✓や記入をお願いします。

現在検討されているプログラム	<input type="checkbox"/> ベーシックプログラム	<input type="checkbox"/> ランニングプログラム	<input type="checkbox"/> ボディメイクプログラム	<input type="checkbox"/> 考え中
現在検討されているプラン	<input type="checkbox"/> 12回スタンダードプラン (60分 / 週1回 / 約3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 24回プレミアムプラン (60分 / 週2回 / 約3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 8回ライトプラン (60分 / 週1回 / 約2ヶ月)	<input type="checkbox"/> 考え中

今回のお申込みの目的や きっかけとなったものは何でしょうか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 生活習慣改善	<input type="checkbox"/> 関節痛・こり解消	<input type="checkbox"/> 介護予防・けが予防	<input type="checkbox"/> 姿勢改善・スタイルアップ	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> ダイエット	<input type="checkbox"/> ランニング指導	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

ふだんの生活ではどのような姿勢・状態で 過ごす時間が多いですか？	<input type="checkbox"/> 動いていることが多い	<input type="checkbox"/> 立っていることが多い	<input type="checkbox"/> 座っていることが多い	<input type="checkbox"/> 同程度
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

今までに姿勢やからだのゆがみに関して ケアをおこなったことはありますか？ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 整体やマッサージ	<input type="checkbox"/> セミナーの受講	<input type="checkbox"/> ストレッチや運動	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> 矯正ベルトや下着の利用	<input type="checkbox"/> 矯正クッションなどの利用	<input type="checkbox"/> その他 ( )		

現在ランニングやジョギングの習慣は ありますか？詳細を教えてください。	ランナー歴 約( )年	月間走行距離 約( )km	<input type="checkbox"/> 特になし
	頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週( )回程度	<input type="checkbox"/> 月( )回程度	

マラソン大会などの参加経験はありますか？	<input type="checkbox"/> 参加したことがある	<input type="checkbox"/> 参加を検討している	<input type="checkbox"/> 予定はないが興味がある	<input type="checkbox"/> 特になし
----------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

現在習慣にしている運動や スポーツなどはありますか？ 詳細を教えてください。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> ウォーキング	<input type="checkbox"/> ストレッチ・体操	<input type="checkbox"/> 水泳	<input type="checkbox"/> ウェイトトレーニング	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> ヨガ	<input type="checkbox"/> ピラティス	<input type="checkbox"/> エアロビクス	<input type="checkbox"/> ダンス	
	<input type="checkbox"/> その他スポーツ ( )	<input type="checkbox"/> その他トレーニング ( )			
	頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週( )回程度	<input type="checkbox"/> 月( )回程度	複数行っている方は合計でお書きください		

その他ふだんの生活で意識している からだに関するものがあれば教えてください。	(例：階段を使う・早寝早起き・マッサージ…など)	<input type="checkbox"/> 特になし
---	--------------------------	-------------------------------

いちばんの悩み・解消したいことや かなえたい目標など 具体的にお書きください。	(例：猫背気味・歩くとひざが痛い・タイム5分短縮…など)	<input type="checkbox"/> 特になし
---	------------------------------	-------------------------------

少し悩んでいる・できれば解消したいことや 目標などをご自由にお書きください。	(例：肩こり・二の腕のたるみ・ウエスト-5センチ…など)	<input type="checkbox"/> 特になし
---	------------------------------	-------------------------------

医師等から運動に関して何らかの制限や 指導を受けているものがあれば教えてください。		<input type="checkbox"/> 特になし
--	--	-------------------------------

現在医療機関へ通院していますか？ またはプログラムを進行するうえで 考慮すべき事項はありますか？	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 服用中の薬がある	<input type="checkbox"/> 何らかの障害がある <input type="checkbox"/> 骨折経験がある	<input type="checkbox"/> 特になし
	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠中(可能性も含む)	<input type="checkbox"/> アレルギーがある <input type="checkbox"/> その他医師から指導を受けているものがある	

上記の詳細を教えてください。		
----------------	--	--

そのほか既往歴など プログラムを進行するうえで 問題になるかもしれないと思われること 健康状態以外の気になることや不安なこと 要望などをご自由にお書きください。		
--	--	--

ご記入ありがとうございました。