

ふりがな			性別	男性・女性
お名前			生年月日	
			年 月 日	
ご住所	秩父市 横瀬町 皆野町 長瀞町 小鹿野町 その他()			
連絡方法	LINEを希望 TEL()	アレルギー	なし・食物・花粉 その他()	
服用中のおくすり	なし・処方薬・市販薬	副作用の経験	なし	
妊娠	なし・可能性あり・妊娠中・授乳中			
その他 (自由記入)				

個人情報の取り扱いについて

漢方薬の安全かつ効果的な提案およびサービス品質向上のため、以下の方針で個人情報を取り扱います

1.お預かりする情報

- 基本情報（氏名、連絡先、住所等）
- 健康関連情報（体調、服薬状況、既往歴等）※要配慮個人情報として厳重管理
- サービス利用履歴（購入・相談履歴等）

2.主な利用目的

- 適切な漢方薬・ハーブのご提案
- 繼続的な健康サポートとご連絡
- 商品等の発送
- サービス品質向上のための分析、学術研究

3.情報発信について ※ご希望されない場合はお申し出ください

- 一般的な内容（店舗の感想等）：個人が特定されない形で活用
- 健康関連情報：必ず事前に個別の同意を得て活用

詳しい内容は「個人情報保護方針」（店頭設置・Web掲載）をご確認ください。

上記内容を理解し、個人情報の取り扱いに同意します。

ご署名

生活・体質について

少しでも当てはまるものに全て✓を入れてください。

1. 生活環境

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 精神的ストレスが多い | <input type="checkbox"/> 緊張する場面が多い | <input type="checkbox"/> 肉体的な負担が大きい |
| <input type="checkbox"/> 気温や湿度に問題がある | <input type="checkbox"/> 就寝時刻が24時以降 | <input type="checkbox"/> 生活リズムが不規則 |
| <input type="checkbox"/> 運動不足 | <input type="checkbox"/> その他() |) |

2. 食生活

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 食事を抜くことがある | <input type="checkbox"/> 間食・夜食が多い | <input type="checkbox"/> 食事時間が不規則 |
| <input type="checkbox"/> 外食・中食が多い | <input type="checkbox"/> 急いで食べることが多い | <input type="checkbox"/> 米よりパンが多い |
| <input type="checkbox"/> 冷たいものが好き | <input type="checkbox"/> 辛いものが好き | <input type="checkbox"/> 甘いものが好き |
| <input type="checkbox"/> 水分をよく摂る | <input type="checkbox"/> その他() |) |

3. 胃腸

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 食欲がわかない・少食 | <input type="checkbox"/> 食後に眠くなりやすい | <input type="checkbox"/> 胃もたれや腹痛が頻繁に出る |
| <input type="checkbox"/> ガスが溜まりやすい | <input type="checkbox"/> 軟便・下痢傾向 | <input type="checkbox"/> 便秘気味(日に 回程度) |
| <input type="checkbox"/> 大便がスッキリ出ない | <input type="checkbox"/> 大便で便器が汚れる | <input type="checkbox"/> 便臭が強い |
| <input type="checkbox"/> その他() | |) |

4. 睡眠

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い | <input type="checkbox"/> 途中で目が覚める | <input type="checkbox"/> 夢が多い | <input type="checkbox"/> スッキリ起きられない |
| <input type="checkbox"/> 寝汗をかく | <input type="checkbox"/> 夜間尿がある | <input type="checkbox"/> その他() |) |

5. 冷え・ほてり

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 末端(手足)が冷える | <input type="checkbox"/> お腹周りが冷える | <input type="checkbox"/> 腰が冷える | <input type="checkbox"/> 寒気を感じる |
| <input type="checkbox"/> 顔がほてる | <input type="checkbox"/> 手足がほてる | <input type="checkbox"/> 胸や体幹が熱くなる | <input type="checkbox"/> 汗をかきやすい |
| <input type="checkbox"/> その他() | | |) |

6. 月経 ※女性のみ

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 基礎体温を記録している | <input type="checkbox"/> 月経が来ない・閉経した | <input type="checkbox"/> 月経周期が不安定 |
| <input type="checkbox"/> 月経前に不調が出る | <input type="checkbox"/> 月経痛がある | <input type="checkbox"/> 出血の状態が気になる |
| <input type="checkbox"/> おりものが気になる | <input type="checkbox"/> その他() |) |

7. その他、起きることのある症状

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> 乾燥肌 | <input type="checkbox"/> 肩・首・背中の凝り | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> 筋肉がつる |
| <input type="checkbox"/> 胸や脇の痛み | <input type="checkbox"/> どうき | <input type="checkbox"/> 立ちくらみ | <input type="checkbox"/> めまい | <input type="checkbox"/> 息切れ |
| <input type="checkbox"/> 耳の症状 | <input type="checkbox"/> 眼の症状 | <input type="checkbox"/> 鼻の症状 | <input type="checkbox"/> 口の症状 | <input type="checkbox"/> 尿のトラブル |
| □ 精神面の不調(落ち込み、不安感、イライラ、やる気が出ない、など) | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |) |