

事前カウンセリングシート

※受診日が近づいてからの記入をお願いいたします

記入日： 20 年 月 日

フリガナ		ご年齢	生年月日	性別	スタッフ記入欄
お名前			西暦 年 月 日	男・女	
ご住所	〒				
電話番号	自宅：		携帯：		
メール					
ご職業					

当院を知ったきっかけ	スタッフ記入欄
YouTube / 書籍 / 街頭演説 / 講演会 / 紹介： その他	
カウンセリングの目的	
記入例) 歯周病を治したい、体重を増やしたい/減らしたい、メタトロンを受けたい、など	
現病歴：現在治療中の病気や症状	
記入例) 2025年12月頃から腹痛あり、〇〇病院受診。〇〇と診断され、〇〇薬をのんでいる。	
現在、内服している薬やサプリメント	
持参されたもの	
・採血データ ・CDROM (XP CT MRI MRA) ・おくすり手帳 ・血圧手帳 ・その他 ()	

【生活習慣】

職業		スタッフ記入欄		
喫煙歴				
飲酒の頻度/種類/量				
入浴習慣				
シャワーのみ：週	回			
湯船につかる：週	回、お湯の温度：	度、 つかっている時間：	分	
睡眠状況				
入眠：	時、 起床：	時		
睡眠の途中で起きますか。起きる場合は、回数と理由を教えてください				
中途覚醒：	有 ・ 無 、 回数：	回、 理由：		
排泄				
排便：	日に1回、 状態：	コロコロ・硬い・ふつう・やわらかい・下痢		
排尿：1日	回、 寝ている間のトイレの回数：	回		
運動習慣の有無、運動の種類/頻度、通勤で徒歩があれば時間または歩数				
運動習慣：有 / 無、	運動の種類：	頻度：週	日 1回	分
徒歩で通勤通学：有 / 無、	時間：	分、	または歩数：	歩

ご記入ありがとうございました。

【はじめてのご来院に際する注意事項】

- ・事前カウンセリングシートを必ずご記入ください。お忘れの場合カウンセリング時間が短くなる可能性があります。
- ・当日は、予約時間の10分～15分前のご来院をお願いいたします。

歯科受診に際して

- ・今までお使いのマウスピースや矯正器具などあればご持参ください。

メタロンカウンセリングに際して

- ・静電気が発生しやすい服装はお控えください。
- ・周波数が調整される可能性のあるパワーストーンなどの宝石類や周波数調整グッズ、磁気を発するスマートフォンやアップルウォッチなどの電子機器は、身体から離して測定させていただきます。
- ・ウィッグはメタロンの測定の際、外していただくことがあります。あらかじめご了承ください。
- ・妊娠の可能性がある方、ペースメーカーがある方は、メタロン検査は受けられません。