

ヒアリングシート

記入日: ____年____月____日



クライアント基本情報

氏名: _____ フリガナ: _____
性別: ☐男性 ☐女性 ☐その他 生年月日: _____年____月____日 (____ 歳)
電話番号: _____ メールアドレス: _____
住所: 〒 _____
職業: _____ 家族構成: _____

主な気になる症状・お悩み（複数選択可）

- ☐ 疲れやすい ☐ 眠れない ☐ 肩こり・首こり ☐ 頭痛 ☐ 冷え性 ☐ むくみ ☐ 便秘 ☐ 下痢
☐ 肌荒れ ☐ アレルギー症状 ☐ イライラ ☐ 不安感 ☐ 集中力低下 ☐ やる気が出ない
☐ 食欲不振 ☐ 過食 ☐ 胃もたれ ☐ その他 (_____)

最も改善したいことは何ですか？

(_____)

症状について詳しく教えてください

①いつ頃から気になってますか？

- ☐ 1週間以内 ☐ 1ヶ月以内 ☐ 3ヶ月以内 ☐ 半年以内 ☐ 1年以上前から

②どんな時に特に感じやすいですか？

- ☐ 朝起きた時 ☐ 日中の活動時 ☐ 夕方～夜 ☐ 食後 ☐ ストレス時 ☐ 天候変化時 ☐ 生理前後
☐ その他 (_____)

③最近変化したこと・きっかけはありますか？

- ☐ 転職・異動 ☐ 引っ越し ☐ 家族構成の変化 ☐ 食生活の変化 ☐ 運動習慣の変化 ☐ 睡眠リズムの変化
☐ 特に思い当たらない ☐ その他 (_____)

④以前と比べて変わったことはありますか？

(_____)



嗅覚反応分析について

嗅覚反応分析の経験

- ☐ 初回 ☐ 2回目 ☐ 3回目以上 前回受けた時期: ____年 ____月頃

今回期待していること

- ☐ 体調改善の方向性を知りたい ☐ 具体的な生活改善法を知りたい
☐ 自分に合う精油を知りたい ☐ 食事のアドバイスが欲しい
☐ その他 (_____)



同意事項

私は以下について説明を受け、理解し、同意いたします：

1. 嗅覚反応分析について

- ☐ 嗅覚反応分析は医療行為ではなく、健康管理のサポートであることを理解しました
- ☐ 現在治療中の疾患がある場合は、医師の指示を優先することを理解しました

2. 個人情報の取り扱いについて

- ☐ 個人情報は、セッションおよび今後のサポート目的に使用されることに同意します
- ☐ 個人が特定されない形での事例研究・教育目的での使用に同意します
- ☐ 第三者への開示は行わないことを確認しました

3. セッション内容について

- ☐ 結果は現在の状態を示すものであり、変化する可能性があることを理解しました
- ☐ 提案された改善法は強制ではなく、自己責任において実行することを理解しました
- ☐ 体調に変化があった場合は速やかに報告することに同意します

4. 精油使用について（該当する場合）

- ☐ 精油の使用方法・注意事項について説明を受けました
- ☐ 精油の使用は自己責任であることを理解しました
- ☐ アレルギーや不快感があった場合は使用を中止することを理解しました
- ☐ 妊娠中・授乳中・治療中の場合は医師に相談することを理解しました

5. 費用・キャンセルについて

- ☐ セッション費用・キャンセル規定について確認しました
- ☐ 追加料金が発生する場合は事前に説明されることを確認しました



署名欄

上記内容を理解し、嗅覚反応分析セッションの実施に同意いたします

クライアント署名: _____ 日付: ____年____月____日

分析士署名: _____ 日付: ____年____月____日