

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ていますか？

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