コンサルティングシート

来店日
年　月　日

21,600 25,500	フリガナ お名前　様	男性 女性	生年月日　年　月　日 身長　体重　kg	

住所〒(　-　)
県　市・群　町

ご来店動機	・ラジオ　・チラシDM　・フリーペーパー　・ホームページ ・Facebook　・店の前を通りかかって　・知人の紹介(　様) ・その他(　)

■ **次のうち、あてはまる項目はありますか？（複数回答可）**

・肩こり　・腰痛　・冷え性　・寝汗(熱がり)　・だるさ　・頭痛
・不眠(寝つきが悪い、眠りが浅い、夜中に目が覚める)
・トイレによく起きる　・いびき　・神経痛　・アレルギー
・その他(　)

■ **現在病院に掛かっていますか？　（はい・いいえ）**

■ **過去の病気、ケガは？(　)**

※差し支えない範囲でかまいません。

■ **普段の就寝・起床時間は？**

・就寝　時　・起床　時

■ **基本的な寝姿勢は？**

・仰向き　・横向き　・うつ伏せ

■ **現在お使いの寝具状況は？**

・シングル　・セミダブル　・ダブル　・クイーン
・BEDを利用している　・床または畳にふとんを敷いている

■ **敷寝具の素材は何ですか？**

・綿　・羊毛　・ポリエステル　・ウレタン　・ベッドマットレス
・その他　・わからない　【使用年数　年】

■ **掛けふとんの素材は何ですか？**

・綿　・羊毛　・ポリエステル　・ウレタン　・ベッドマットレス
・その他　・わからない　【使用年数　年】

■ **現在お使いの枕の素材は何ですか？**

・羽枕　・そば殻　・パイプ枕　・低反発　・ポリエステル
・その他　・わからない　【使用年数　年】