

再健康相談質問票

通信相談・電話相談・直接相談（ 年 月 日 時 分ご予約）

お名前 （年齢 歳）お電話番号

①前回レメディィーをとられて変化があったこと（精神・感情・身体・性格など）

②前回のレメディィーで変化しなかったこと

③現在、どんなことがつらいですか？心配ですか？重い順に書いてください。

④上記③は、どんな時にどんな原因で悪化しますか？（天候、食べ物、睡眠など具体的に）

⑤上記③は、どんな時にどんな原因でよくなりますか？

⑥その他、何か気になることがありましたらご記入ください。