**Coreblessing**

**クライアント　インテイク　フォーム**

名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日付

住所

電話番号：　　　　　　　　職場☎　 　生年月日時間

性別：　 　　身長 　 　cm　体重　　 　kg　年齢　 　　歳

緊急連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職業

独身　　　　既婚　　　　離婚　　　　死別　　　　子供の数　　　　　　紹介者

医者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

ヒーリング又はセラピーに訪れた理由

現在ある病気

症状の始まり

現在取っている薬物又はサプリメント

現在受けている治療

食習慣・食事療法

日常の摂取量：水　　　　　　カフェイン　　　　　　 アルコール　　　　　　　　タバコ

定期的な運動

以下の疾患や徴候の中で、現在当てはまるものにはCを過去のものにはPを慢性的にあるものにはCHを記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **感情・精神的問題** | 副腎機能障害 | 頭痛 | 胃炎 |
| 鬱 | 脳下垂体機能不全 | 顎の痛み | 肝炎 |
| 摂食障害 | 甲状腺機能亢進症 | **循環器疾患** | 低血糖 |
| むら気 | 甲状腺機能低下症 | 咽頭の炎症 | 黄疸 |
| 薬物乱 | **神経系疾患（タイプ）** | 心臓発作 | 肝臓疾患 |
| **免疫不全（タイプ）** | 癲癇 | 心臓麻痺 | 潰瘍 |
| エイズ・HIV | 目眩 | 高血圧 | 盲腸 |
| アレルギー | 不眠 | 卒中 | **尿** |
| 癌（タイプ） | 偏頭痛 | **呼吸作用** | 膀胱感染 |
| 疲労 | 筋肉―骨格系疾患 | 気管支炎 | 腎結石 |
| 熱（慢性） | 関節炎 | 肺気腫・呼吸不全 | **性殖器疾患** |
| 線維筋通症候群 | 背部痛 | 肺炎 | 性病 |
| 真菌感染症 | 手根管症候群 | 結核 | 子宮内膜症 |
| ヘルペス（タイプ） | 痛風 | **消化器疾患** | 妊娠 |
| ライム病 | 皮膚疾患 | 便秘 | 流産 |
| 伝染性単核球症 | **耳鼻咽喉** | 糖尿病 | 中絶 |
| **内分泌疾患** | 耳痛 | 下痢 | **その他** |

**セッションの確約書**

**セッションを受ける為の合意と確約**

◆　　セッションではクライアントが自分自身に向き合い、癒しの過程に入る時に、過去の傷や痛みに触れていきます、その過程で、一切、自己責任を負える約束の上でセッションを受けていきます。

セッション中又は過程において体調の不具合、病気など、深い意識に触れ感情の変化、気分の変化が起こったことは、一切、自己の問題の中で、起こったことであり、ファシリテーターに責任転嫁致しません。

自分自身の行動が自分の現実を創るということ、自分がそれに対して責任を負うという考えを承認し合意致します

このセッションへの参加の間、かかりつけ医療機関、医師の指示に処方されない限り無秩序な医薬品、違法薬物・

麻薬・向精神薬薬物などを摂取服用しない、あらゆる種類の意識変容物質を取らないことに合意し確約致します。

医師の診断により服用している薬・発作疾患のための薬または処方鎮静剤の服用しているときは、事前に投与

している事をファシリテーターに知らせ、自己判断で、投与・服用を止めたりしません。

医師の診断で処方された医薬品は、通常通り医師の判断に委ねます

**注意＃　既に心療内科・精神科医などにかかっている場合は、セッションを受けることはできません。事前に伝**

**えます**

◆　　セッションを受ける上でセッションの最中・過程において人としてのモラル・倫理を維持するために、ここに記された以上の事に合意、確約致します。

西暦　　　　　年　　　月　　　日ここに私　　　　　　　　　　　　　は以上の記事項に合意確約致します

西暦　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　時　生まれ（生年月日）

PC・携帯メールアドレス

住所

電話番号☎　　　　　　　　　　　　　　　　携帯電話

手書きでサインをされた上で御返送お願い致します。

ファシリテーター管理者

Coreblessing杉野加ずえ