

# IAA 中華芳香精油全球發展協會芳香諮詢

編號：				芳療師：		填表日期：	
姓名		年齡		職業		身高/體重	
生日		聯絡電話		手機			
email				婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	子女數	

## A.一般分析

飲食狀況	<input type="checkbox"/> 三餐正常	<input type="checkbox"/> 不定時	<input type="checkbox"/> 偏食	抽菸	<input type="checkbox"/> 抽菸	平均 (1天)：	
開刀經驗	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有：					
睡眠習慣	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不佳	<input type="checkbox"/> 淺眠	<input type="checkbox"/> 安眠藥，	顆	睡覺時間：	
皮膚狀況	<input type="checkbox"/> 中性	<input type="checkbox"/> 乾性	<input type="checkbox"/> 油性	<input type="checkbox"/> 混合性	<input type="checkbox"/> 面皰	<input type="checkbox"/> 黯沉	<input type="checkbox"/> 黑斑
運動習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 爬山	<input type="checkbox"/> 打球	<input type="checkbox"/> 游泳	<input type="checkbox"/> 慢跑	<input type="checkbox"/> 瑜珈	<input type="checkbox"/> 其他
經期狀況	週期	<input type="checkbox"/> 規律	<input type="checkbox"/> 不規律	情緒反應	<input type="checkbox"/> 亢奮	<input type="checkbox"/> 沮喪	<input type="checkbox"/> 暴躁
	身體反應	<input type="checkbox"/> 疼痛	<input type="checkbox"/> 腹悶	<input type="checkbox"/> 水腫	<input type="checkbox"/> 腰酸	<input type="checkbox"/> 拉肚子	

記錄：

## B.系統分析

神經系統	<input type="checkbox"/> 壓力	<input type="checkbox"/> 沮喪	<input type="checkbox"/> 疲勞	<input type="checkbox"/> 心情不佳			
內分泌系統	<input type="checkbox"/> 甲狀腺分泌過多或過少		<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 荷爾蒙分泌	<input type="checkbox"/> 其它內分泌		
呼吸系統	<input type="checkbox"/> 感冒	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 鼻子過敏	<input type="checkbox"/> 支氣管功能	<input type="checkbox"/> 眼睛過度疲憊	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 胸悶
骨骼肌肉系統	<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 肌肉疼痛	<input type="checkbox"/> 風濕	<input type="checkbox"/> 坐骨神經痛	<input type="checkbox"/> 經常性扭傷		
泌尿系統	<input type="checkbox"/> 飲水量	c.c / 1 天	<input type="checkbox"/> 膀胱炎	<input type="checkbox"/> 腎臟感染過			
消化系統	<input type="checkbox"/> 消化不良	<input type="checkbox"/> 噁心嘔吐的感覺		<input type="checkbox"/> 胃痛	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 腹瀉	<input type="checkbox"/> 脹氣
生殖系統	<input type="checkbox"/> 經前症候群	<input type="checkbox"/> 懷孕	<input type="checkbox"/> 更年期				
循環系統	<input type="checkbox"/> 手腳冰冷	<input type="checkbox"/> 蜂窩性組織炎		<input type="checkbox"/> 靜脈曲張	<input type="checkbox"/> 橘皮組織	<input type="checkbox"/> 高低血壓	

記錄：

自己對目前壓力的感受度：

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

自己對健康的感覺程度：

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

最想得到改善的症狀：