

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					
email				婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 單身		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	<input type="checkbox"/> 抽菸	<input type="checkbox"/> 喝酒	頻率：_____	
個人/家族病史	<input type="checkbox"/> 開刀		<input type="checkbox"/> 慢性疾病				
用藥情形	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 副作用_____				
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：_____小時		
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
主動告知注意事項：							
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		週期: <input type="checkbox"/> 規律 <input type="checkbox"/> 不規律		情緒: <input type="checkbox"/> 亢奮 <input type="checkbox"/> 沮喪 <input type="checkbox"/> 暴躁 <input type="checkbox"/> 其他		
	身體反應: <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 腹悶 <input type="checkbox"/> 水腫 <input type="checkbox"/> 腰痠 <input type="checkbox"/> 拉肚子				<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		
簽名:							
自己對健康的感覺程度：							
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10							
自己對目前壓力的感受度：							
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10							
最想得到改善的症狀：							

