

Core Blessing

クライアント インテイク フォーム

名前 _____ 日付 _____

住 _____

性別： 女性 _____ 身長 cm _____ 体重 kg _____ 年齢 歳 _____

電話番号： _____ 職場 _____ 生年月日 _____

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	性生殖器疾患
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

セッションの受領書

セッションを受けることにあたっての確約と合意

◆ セッションはクライアントが自分自身に向き合い、癒しの過程に入り、過去の傷や痛みに触れていくことがあります。その過程で、一切、自己責任を負える約束の上で行っていきます。

セッションにおいて、自己の内側で起こる、感情、情緒、思考、は、自己の経験から、培って来たものになります。感情、情緒、思考、そして、感覚によって体感、実感して、認識しながら、開放し、より自然に思考、感情、情緒が変化していくプロセスセッションです。そこでは、かなり、深い感情や認めたくない、隠された感覚、思考に触れていきます。セッションにおいて健全な自己を取り戻していくプロセスの中で、多くの否定的な拒絶（例えば内なる自然な流れの感覚に抵抗するなど、）の感覚を味わうことで体調に影響していきます。

あなたの現実是你自身自身の経験を創り、そして、あなた自身の経験があなたの現実を創るということ、あなたがそれに対して責任があるという考えを承認します。

病気に関しては、かかりつけの医師または病院での手当の必要に応じて対応します。

そして、セッションにおいて体調の不具合、病気など一切の自己の問題の中で起こったことを、ファシリテーターに責任要求しません。（責任転嫁）

◆ セッションの過程において行動と倫理の以下の標準に基づくことを必要とされます：

このセッションへの参加の間、医者診断によって指定された薬ではない、無秩序な医薬品、向精神薬物、あらゆる種類の意識変容物質を取らないことに合意します。（麻薬などです）医師の診断により発作疾患薬物または処方鎮静剤の服用しているときは、前もって、ファシリテーターに知らせます。（個人の考えで医師から診断された薬の服用を意味無く無理にやめたりしません。）

既に精神科医などにかかっている場合と麻薬常用者は、セッションを遂行することはできません。

____年 ____月 ____日ここに、私____は以上の確約を承認します。

____生年 ____月 ____日 ____PC メールアドレス

住所 _____

電話番号 _____

ファシリテーター管理者 CoreBlessing 杉野加ずえ