✅ 副腎の健康チェック＆栄養カウンセリング問診票

【1. 現在の体調・不調チェック】
※当てはまる項目に✓を入れてください（複数可）
□ 朝起きるのがつらい／午前中ずっとぼーっとする
□ カフェインがないと動けない
□ ストレスに弱くなった／ちょっとしたことでイライラ
□ 気力が湧かず、やる気が出ない
□ 何時間寝ても疲れが取れない
□ 夕方になるとエネルギーが切れる感じがする
□ 甘いものや塩辛いものを強く欲する □ 夜になると逆に元気になる
□ 風邪をひきやすく治りにくい □ 立ちくらみや低血圧

【2. 食生活チェック】
1日の食事回数：□1回 □2回 □3回 □間食あり
食事時間が不規則：□はい □いいえ
朝食を抜くことが多い：□はい □いいえ
□ コーヒーやエナジードリンクを毎日飲む（1日〇杯）
□ 甘い物・炭水化物に偏りがち
□ タンパク質が不足していると感じる
よく食べる食品（例：パン、スナック菓子、肉、野菜など）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【3. 睡眠と生活習慣】
就寝時間：（　　）／起床時間：（　　）
睡眠の質について：
□ よく眠れる　□中途覚醒がある　□朝スッキリ起きられない
運動習慣：□毎日　□週数回　□ほとんどなし
仕事・育児などのストレス：□強い　□ややある　□ほとんどない
過去半年〜1年で大きな環境の変化（引っ越し、転職など）
→＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【4. ホルモンや生理に関すること（女性のみ）】
□ 生理周期が乱れている／止まっている
□ 生理前に強いイライラ・落ち込み（PMS）
□ 更年期症状（ホットフラッシュ・寝汗など）
□ 妊娠・出産後の体調低下

【5. 便・腸内環境】
排便：□毎日あり □2日以上空く □軟便／下痢傾向
腸内環境に不安がある：□はい □いいえ
抗生物質を半年以内に服用：□はい □いいえ

【6. 現在使用中のサプリメント・薬（任意）】
サプリメント名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
処方薬や市販薬など：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【7. カウンセリングで改善したいこと】
例：朝のだるさ、ストレス耐性、眠り、
甘いものの欲求、気分の波 など