

催眠申込書

2021年 月 日

お手数ですが、下記の必要事項にご記入のうえ、メールに添付、またはFAXにてご返送ください
 ますようお願い申し上げます。日時をご連絡させていただきます。 FAX045-482-7620

<日時>

第一希望 月 日 午前・午後 第二希望 月 日 午前・午後 第三希望 月 日 午前・午後

※催眠療法は初回、催眠のご説明と実際の催眠、終了後のカウンセリングも含め約3時間です。

【完全予約制】女性セラピストの場合 初回／3時間：4万円(税別)、2回目以降／2時間：3万円(税別)

フリガナ			
氏名			
カルテNo.		生年月日	
住所	〒		
電話	携帯電話		
Eメール		紹介者 無・有 ()	

○ 催眠療法を受ける意思がご自身にありますか？

☐ はい ☐ いいえ ☐ 第三者に勧められて
 (ご家族や第三者が強引に進めた場合には受けられません)

○ 今までに催眠療法の本を読まれたり、催眠療法を受けられたことはありますか？

本 ☐ はい (書籍名・著者) ☐ いいえ
 催眠療法 ☐ はい (年頃、どこで) ☐ いいえ

○ 催眠療法でどのようなことをご知りになりたいですか？

(例) 今生での生きる意味、悩みについて、過去世(前世)を体験してみたい、誰か(マスター・故人)に会い
 []

○ 催眠療法の中での希望は何ですか？

☐ 前世 ☐ 年齢退行 ☐ 胎児期退行 ☐ 未来療法 ☐ 悲嘆療法 ☐ 相談の上決め

○ 現在、治療中の病気はありますか？ お差し支えなければ病院名

病名 発症 年 月頃から

薬 病院名

※ 心療内科・神経科・精神科に通院されている方は、原則として現在通院されている担当医の許可が必要となります。

○ その他の催眠療法に関しての疑問点などがありましたらご記入ください。

[]

○ 当クリニック、当治療法をどのようにお知りになりましたか？

☐ 近所に住んでいる ☐ 職場が近所である ☐ インターネット

☐ ご紹介 様より (お差し支えなければご記入ください)

☐ 主治医に勧められた ☐ その他 ()

※ 上記、ご回答の内容によって催眠セッションをお受けになれないこともございます、ご了承ください

イーハトーヴ クリニック メールアドレス info@ihatovo-clinic.com

〒225-0002 横浜市青葉区美しが丘2-18-9 コーライビル202号 tel 045-902-7240