


カウンセリングシート (facial)

記入日： 年 月 日 担当者： No,

お名前		お誕生日	月 日		<input type="checkbox"/> () 様)のご紹介 <input type="checkbox"/> HPを見て <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> その他 ()	
ご連絡先 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> お勤め先	〒 TEL: 携帯番号: E-MAIL:						
ご職業	会社員・会社役員・自営業 パート・主婦・学生 その他 ()	エステティックのご経験	なし・あり		CONTACT	使用・未使用	
施術の参考にさせていただきたく、下記にご記入くださいませ。							
現在の通院	なし・ある (病名:)		常用薬	血圧降下剤・頭痛薬・胃薬・便秘薬・整腸剤・睡眠薬・生理痛 抗うつ剤・ホルモン剤・経口避妊薬・その他 ()			
身体の不調症状	肩コリ・首のコリ・腰痛・頭痛・眼精疲労・関節痛・むくみ・不眠・睡眠不足・便秘・大腸過敏症・体重増・倦怠感・花粉症 アレルギー・じんましん・アトピー・その他 ()						
アレルギー	なし・ある＝金属・食物・薬・花粉・紫外線・日光・化粧品・その他 ()						
生理について	順調・不順・なし 生理痛 (あり・なし)	睡眠時間	() 時間	食生活	規則正しい・不規則・過食気味・食欲不振		
タバコ	吸わない・吸う 1日 () 本	アルコール	飲まない・飲む (毎日・時々)		よく摂る嗜好品	コーヒー・甘い物・刺激物	
お肌について (気になる事)	シミ・しわ・たるみ・乾燥・肌荒れ・くすみ てかり・毛孔・ニキビ・脂っぼい・敏感赤ら顔・日焼け後 アトピー・特になし・その他 ()			美容整形	なし あり ()	日頃のスキンケア	何もしていない 化粧水・乳液 その他 ()
エステティックの目的は？	リラクゼーションのため・リフレッシュのため お肌の改善のため・興味があったので その他 ()		備考				