

## カウンセリングシート

ふりがな 氏名	性別 男・女	電話番号 ( )
生年月日 (西暦)	年 月 日	年齢 歳
身長	体重	理想の体重
ご住所		
エステのご経験 (ない・ある : いつ頃 { } ところで { } 期間 { })		
今後、結婚式など何か大切なご予定はございますか? ない・ある ( ) が ( 月頃)		
美容に関する悩み: 肌荒れ・しみ・しわ・たるみ・ドライ・オイリー・センシティブ (敏感)・にきび・アトピー 毛穴の開き・毛穴の黒ずみ・化粧崩れ・ダイエット・その他 ( )		
最も気になるお悩み: ( )		
自宅でのお手入れ等:		
夜 ( クレンジング ・ 洗顔 ・ 化粧水 ・ 乳液 ・ 美容液 ・ クリーム ・ パック等 )		
朝 ( 洗顔 ・ 化粧水 ・ 乳液 ・ 美容液 ・ 日焼け止め )		
メイク剤 ( ベース ・ リキッドファンデ ・ 固形ファンデ ・ お粉 )		
化粧かぶれ ( ない ・ ある )		
あると回答した方→備考 [ ]		
アレルギー ( ない ・ ある )		
あると回答した方 → アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎 ・ 花粉症 ・ 日光 食品 ( ) ・ 植物 ( ) ・ 金属 ・ 薬 ( )		
煙草 ( 本/日 )	健康状態 ( 良好 ・ まあまあ ・ やや不調 ・ 不調 )	
お酒 ( よく飲む ・ 時々 ・ 飲まない )	通院していますか? ( はい ・ いいえ )	
	服用中の薬 ( )	
食事 ( 規則的 ・ 不規則 )	間食 ( する ・ しない )	
食事傾向 ( 肉が多い ・ 魚が多い )	運動 ( する ・ ときどき ・ しない )	
ストレス ( 多い ・ まあまあ ・ 少ない )		
疲労感 ( ほとんどない ・ 疲れやすい ・ ( 肉体的 ・ 精神的に ) 疲労が激しい )		
健康に関する悩み		
コレステロール高 ・ 肩こり ・ 便秘 ・ 胃腸 ・ 偏頭痛 ・ 生理不順 ・ 生理痛 ・ 高血圧 高血糖 ・ ガン家系 ・ 冷え性 ・ 肝臓 ・ 不眠 ・ その他 ( )		
美容鍼には内出血などのリスクがあります。リスクをご理解の上で施術を受けられますか? いいえ ・ はい		