

会員No.

## フェイシャルカウンセリングカルテ

ご来店 年 月 日

フリガナ			
氏名		職業	
生年月日	年 月 日(才) 既婚・未婚	TEL	
住所	〒 -	E-mail	
勤務先		DM	希望する・希望しない

担当 \_\_\_\_\_

1.当てはまるところに印をつけてください。

- アレルギー(光・花粉・食べ物・金属:部位 ) アトピー性皮膚炎  
糖尿病 心臓疾患 放射線治療 高血圧 てんかん ケロイド体质 婦人科系疾患  
ピルの服用 閉経

2.過去にエステサロン、クリニックに通っていた経験はありますか？

- いいえ はい (店舗名: ) コース名: )

3.はいの方は、現在も通っていますか？

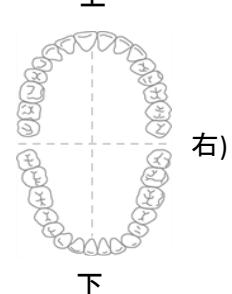
- いいえ はい

4.これまでに美容整形を受けたこと、または受けていますか？

- いいえ はい (店舗名: ) 部位: )

5.これまでに歯の治療・矯正・インプラントをされている箇所はありますか？※差し歯・銀歯含む

- いいえ はい (部位: ) 左 ) 右)



6.光フェイシャルの経験はありますか？

- いいえ はい

7.これまでに大きな病気や入院の経験がありますか？

- いいえ はい(病名: ) )

8.現在は病院に通っていますか？

- いいえ はい(病院名: ) )

9.お薬を服用されていますか？

- いいえ はい

10.現在の健康状態は？

- 良い 普通 悪い ) )

11.お通じについて

- 毎日 2日に1回 3日に1回 4、5日に1回 それ以上

12.最近の便の状態は？

固い コロコロ バナナ状 柔らかい 下痢 色味( )

13.コンタクトレンズは着用していますか？

いいえ はい

14.現在日焼けはしていますか、またこれからする予定はありますか？

いいえ はい

15.肌トラブルの経験はありますか？

いいえ はい(状態： )

16.日常のスキンケアは？(複数選択可)

クレンジング 洗顔 化粧水 乳液 美容液 その他( )

17.美顔器などの美容機器を使用したことはありますか？

いいえ はい(機器名： )

18.肌の悩みはありますか？

シミ しわ たるみ 乾燥 そばかす ニキビ ニキビ跡 赤ら顔 その他( )

19.日頃ストレスを感じていますか？

いいえ はい(どのような： )

20.普段の睡眠時間はどのくらいですか？

( 時～ 時) (約 時間)

21.一日の食事は？

朝 昼 夜 間食 夜食

22.食生活について(多い順に1～7でお答えください)

野菜( ) 果物( ) 肉/魚( ) 小麦( ) 米( ) 海藻類( ) 脂(油)( )

23.タバコは吸いますか？

いいえ はい(一日約 本)

24.光フェイシャルで不安な点はありますか？

いいえ はい(どのような： )

25.今回ご来店いただいたきっかけを教えてください。

( )