

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		職業	
氏名			
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 ☐ケロイド体質 ☐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？

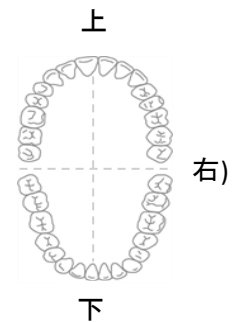
☐いいえ ☐はい

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

☐固い ☐コロコロ ☐バナナ状 ☐柔らかい ☐下痢 色味()☐いいえ ☐はい☐いいえ ☐はい☐いいえ ☐はい(状態:)

☐クレンジング ☐洗顔 ☐化粧水 ☐乳液 ☐美容液 ☐その他()

☐いいえ ☐はい(機器名:)

☐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()

☐いいえ ☐はい(どのような:)

(時～ 時) (約 時間)

☐朝 ☐昼 ☐夜 ☐間食 ☐夜食

野菜() 果物() 肉/魚() 小麦() 米() 海藻類() 脂(油)()

☐いいえ ☐はい(一日約 本)

☐いいえ ☐はい(どのような:)