

会員No.

バスト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？

また、光バストケアを受けたことはありますか？

☐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.これまでに大きな病気や入院の経験がありますか？

☐いいえ ☐はい(病名: )

6.現在は病院に通っていますか？

☐いいえ ☐はい(病院名: )

7.お薬を服用されていますか？

☐いいえ ☐はい

8.現在の健康状態は？

☐良い ☐普通 ☐悪い( )

9.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

10.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( )

11.普段の睡眠時間はどのくらいですか？

( 時～ 時) (約 時間)

→裏面もお願いします

12.基礎体温について

( 度)

13.ご出産されていますか？

☐いいえ ☐はい( 人)( 年前)

14.現在のバストのサイズについて

( カップ: サイズ:トップ cm アンダー cm)

15-①.現在のバストのお悩みについて

☐ハリ ☐たるみ ☐美白

15-②.いつ頃から気になりましたか？

( )

15-③.その際にはどのようなケアをしましたか？

☐エステ ☐化粧品(アイテム名: ) ☐美容機器(アイテム名: )

16.理想のバストについて(カップ・サイズ・形など)

( カップ: サイズ: cm 形: )

17.バストマッサージはしていますか？

☐いいえ ☐はい(週 回、月 回)

18.バストケア商品は使用していますか？

☐いいえ ☐はい(アイテム名: )

19.ナイトブラは使用していますか？

☐いいえ ☐はい(アイテム名: )

20.生理前に胸は張りますか？

☐いいえ ☐はい

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.光バストケアについて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。

( )