

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？

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。

()