

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 _____

金属アレルギーの方は必ずパッチテストを行ってください。

1.当てはまるところに印をつけてください。 は施術できません!!

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

○以外に当てはまる方は医師同意書必要(ピルの服用、閉経を除く)。

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

→ 現在も通っていらっしゃればオーバートリートメントにならないようにご注意ください。

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:)

→ 美容整形部位は施術できません。

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→ 処方箋服用の方は医師の同意書が必要、
市販薬服用の方は24時間服用を避けて頂く必要があります。

8.現在の健康状態は

 良い 普通 悪い()

→ 体調のヒアリングを行い、場合によっては体調の良いときに改めましょう。

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 それ以上定期的以外に該当の方は光バストケア効果が
わかりづらい場合があります。

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()成長ホルモンが分泌される時間に睡眠出来ているのか
をチェックをしアドバイスに繋げましょう。

→裏面もお願ひします

11.普段の睡眠時間はどのくらいですか?

(時 ~ 時) (約 時間)

12. 基礎体温について
(度)

体温が低いと免疫力や女性ホルモンに関わり、女性機能が正しく働きにくくなるので35度台の方には温める生活アドバイスに繋げましょう。

13. ご出産されていますか？
いいえ はい(人)(年前)

出産後のバストかどうか

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)

お客様のお悩み度合いと
価値観を読み取る重要な
項目です。かけてらっしゃ
る費用までしっかりヒアリ
ングしましょう。

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:)

ex. 全体的なハリが欲しい
とにかく上向き
柔らかくしたい

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)

サロンケアとホームケアを
同時に行うことによって
より早い結果に繋げましょう。

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:)

ナイトブラを着けることで、
就寝時も重力や振動から
バストを守ることができます。

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

張りにくい方は女性ホルモンの分泌を促す生活
アドバイスに繋げましょう。
ex. バランスの取れた食事、良質な睡眠など。

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)

タバコを吸うと体内のビタミンCは崩壊します。
摂取してもほとんど崩壊してしまいます。
シミ・くすみの原因にもつながります。

24. 光バストケアで不安な点はありますか？
いいえ はい(どのような:)

不安があれば取り除いてあげましょう！
楽しく信じて通って頂くと結果面も早く実感して頂けます。

25. 今回ご来店いただいたきっかけを教えてください。
()