

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 ☐ケロイド体質 ☐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:)

→ 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。

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

→ 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()

11. 普段の睡眠時間はどのくらいですか？

(時～ 時) (約 時間)

→ 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。

→ 裏面もお願いします

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がしましょう。

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)

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:)

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

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:)

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。

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
アドバイスに繋がしましょう。
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がありますか？

☐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。

())