

会員No.

エピレーション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.現在、病気の治療を受けていますか？
☐いいえ ☐はい (病名:)
- 3.お薬を服用されていますか？
☐いいえ ☐はい
- 4.健康状態は？
☐良い ☐普通 ☐悪い ()
- 5.生理は？
☐順 (周期 日) ☐不順 ☐無 (日頃、 日間)
- 6.以前、肌トラブルがあった事がありますか？
☐いいえ ☐はい ()
- 7.これまでに大きな手術を受けたことはありますか？または受ける予定はありますか？
☐いいえ ☐はい ()
- 8.これまでに美容整形を受けたことはありますか？または受けていますか？
☐いいえ ☐はい (店舗名: 部位:)
- 9.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)
- 10.日焼けはしていますか、またこれからする予定はありますか？
☐いいえ ☐はい
- 11.これまでに脱毛の施術を受けた事がありますか？
☐ない
☐ある (方法: ☐光脱毛 / 時期:: ☐ニードル脱毛 / 時期::)
(☐レーザー脱毛/クリニック名: / 時期::)
- 12.自己処理はどうしていますか？
☐していない
☐している (処理方法を記入して下さい/ A.剃る B.抜く C.脱毛クリーム D.ワックステープ E.その他)
☐ワキ() ☐ひざ下() ☐ひざ上() ☐ひじ下() ☐ひじ上() ☐手指() ☐ほほ() ☐おでこ()
☐胸毛() ☐背中() ☐乳輪廻り() ☐おへそ廻り() ☐うなじ() ☐鼻下()
☐足指() ☐Vライン() ☐Iライン() ☐Oライン() ☐その他()
- 13.あなたの気になる箇所は？
☐ワキ ☐ひざ下 ☐ひざ上 ☐ひじ下 ☐ひじ上 ☐手指 ☐ほほ ☐おでこ ☐胸毛 ☐背中 ☐乳輪廻り
☐おへそ廻り ☐うなじ ☐鼻下 ☐足指 ☐Vライン ☐Iライン ☐Oライン ☐その他()
- 14.今回ご来店いただいたきっかけを教えてください。
()
- 15.施術に対してのご要望に当てはまるところに印をつけてください。
☐痛み ☐効果 ☐費用 ☐施術時間 ☐その他()

