

カウンセリングシート

お客様の健康状態に応じた施術を行うための情報です

ご来店年月日	年 月 日		
お名前	フリガナ	生年月日	年 月 日
ご住所	〒 TEL		
お仕事	<input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()		

こちらへご来店くださったきっかけは次のうちのどれに該当しますか	
<input type="checkbox"/> 紹介(紹介者名 様)	<input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ホットペッパー <input type="checkbox"/> 自宅に近いから <input type="checkbox"/> 職場に近いから <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> チラシ
エステの経験はありますか (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)	
あてはまる項目にチェックをいれてください	
<input type="checkbox"/> お肌のハリ、艶、輝きをよみがえらせたい <input type="checkbox"/> 目の下のクマやたるみ、シワ、シミをなくしたい <input type="checkbox"/> ほうれい線をなくして、少しでも若く見せたい <input type="checkbox"/> くすみをなくし、透明感のあるお肌にしたい <input type="checkbox"/> 加齢と共に肌のきめが気になる方 <input type="checkbox"/> その他 ()	
健康状態として、あてはまるものにチェックを入れてください	
<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 金の糸 <input type="checkbox"/> 施術部位の痛み <input type="checkbox"/> 目の疲れ・かすみ <input type="checkbox"/> アレルギーあり <input type="checkbox"/> 服用中の薬有り <input type="checkbox"/> その他()	
普段運動はされますか <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する()	
水分は1日に1.5L <input type="checkbox"/> 以上 <input type="checkbox"/> 以下	
食事の回数	<input type="checkbox"/> 3食しっかり食べる <input type="checkbox"/> 朝は食べない <input type="checkbox"/> 不規則である <input type="checkbox"/> 間食をする
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒(週 回) <input type="checkbox"/> コーヒー(日 回) <input type="checkbox"/> 紅茶(日 回) <input type="checkbox"/> 緑茶(日 回) <input type="checkbox"/> 冷たい飲食物(<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない) <input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> その他()
家事や仕事の内容	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 時間が決まっている <input type="checkbox"/> 残業が多い <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> パソコンを使う
最近の様子	<input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> 忙しい <input type="checkbox"/> 気を使う <input type="checkbox"/> つまらない <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> ストレスが多い
睡眠	<input type="checkbox"/> 規則正しく寝ている <input type="checkbox"/> 不規則 睡眠時間は 時間くらい
	<input type="checkbox"/> 熟睡できる <input type="checkbox"/> まあまあ眠れる <input type="checkbox"/> 眠りが浅い <input type="checkbox"/> なかなか寝付けない <input type="checkbox"/> すっきり起きられない
あなたの体質	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 貧血気味 <input type="checkbox"/> 冷え性 <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 高血圧/低血圧 <input type="checkbox"/> 持病がある <input type="checkbox"/> その他()

ありがとうございます。気になることがございましたらお気軽にご相談ください。