

カウンセリングシート

本日はご来店いただき誠にありがとうございます

フリガナ

お名前

生年月日

年

月

日

〒 -
ご住所

携帯電話

ご職業

ご来店可能な曜日・時間

● エステ経験はありますか？

☐ いいえ☐ はい

受けられたメニュー

いつ頃

● 通院していますか？

☐ いいえ☐ はい

病院名

いつ頃

● 現在お薬・サプリメントの摂取はありますか？

☐ いいえ☐ はい

種類・目的

いつ頃

● アレルギーや皮膚トラブルの経験はありますか？

☐ いいえ☐ はい

具体的な症状

いつ頃

● お悩みや気になる部分にチェック、記入してください

☐ シミ☐ ニキビ・肌荒れ☐ テカリ・脂性☐ シワ・ほうれい線☐ くすみ☐ 化粧ノリ☐ たるみ☐ 毛穴の黒ずみ☐ 目の下のクマ☐ 乾燥・かさつき☐ 毛穴の開き☐ エイジングケア

● いつ頃から気にされていますか？

● 現在使用中の化粧品を教えてください

☐ クレンジング☐ 洗顔☐ 化粧水☐ 美容液☐ クリーム☐ その他

自由に書き込みください。

生活習慣について

嗜好品について（よく食べるもの）

- ☐ 甘い物 ☐ 刺激物 ☐ スナック菓子 ☐ 麺 ☐ パン ☐ ご飯 ☐ 魚 ☐ 肉（鶏・豚・牛）
☐ 乳製品 ☐ 果物 ☐ 野菜（葉野菜・根菜類） ☐ 海藻 ☐ コーヒー ☐ その他_____

飲酒頻度について

- ☐ 飲まない ☐ 月に_____回 ☐ 週に_____回 よく飲むお酒の種類 _____

タバコについて

- ☐ 吸わない ☐ 吸う(1日 _____ 本・箱) ☐ 禁煙した(いつ頃から _____)






体温について

- ☐ 平熱が36.5度以上ある ☐ 季節問わず、手足の冷えが無い ☐ 脇よりもお腹の温度が高い

睡眠について

- ☐ 7時間以上眠れている ☐ 夢を見ず、ぐっすり眠れている ☐ 入眠に時間が掛からない

便質について

-  ☐ 水っぽい便  ☐ 軟便  ☐ バナナ1本分の便  ☐ 硬くデコボコした便  ☐ コロコロ便
☐ 1日1回排便があり、残便感がない ☐ 便秘薬を使用している（商品名_____）

水分について

- ☐ 1日1.5～2Lの水分摂取が来ている ☐ 1日7～8回、毎回コップ1杯分の排尿がある
☐ 季節問わず、1日1回汗をかけている

年 月 日 担当

メニュー

MEMO

