

Counseling sheet (毛穴洗浄+αコース)

sheet No.

年 月 日

担当者:

本日はご来店ありがとうございます。安心してトリートメントをお受け頂く為、下記のご記入をお願い致します。

フリガナ お名前	様	生年月日	年	月	日 (歳)
〒	ご住所				
TEL/携帯	メールアドレス				
ご職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()					
ご来店の きっかけ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ご紹介(様) <input type="checkbox"/> その他()					

1. 食生活について、下記質問で該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> と必要事項をご記入下さい。	
食事回数	<input type="checkbox"/> 朝昼夜3回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 不定回数 <input type="checkbox"/> 間食(回)
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒(回/週) <input type="checkbox"/> コーヒー(杯/日) <input type="checkbox"/> タバコ(本/日) <input type="checkbox"/> その他()
2. 健康状態について、下記質問で該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> と必要事項をご記入下さい。	
運動	<input type="checkbox"/> する () <input type="checkbox"/> しない
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り () <input type="checkbox"/> 無し
化粧品かぶれ	<input type="checkbox"/> 有り 化粧品種類() 症状() <input type="checkbox"/> 無し
病気	■皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り() ■内科疾患 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()
現在の体調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調()
治療中の病名	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(病名)
手術経験	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 外科・美容整形(部位: 時期:)
薬	<input type="checkbox"/> 服用していない <input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 処方薬 抗生物質・睡眠薬・その他() <input type="checkbox"/> 市販薬 頭痛薬・ビタミン剤・その他()
その他、医師に注意を受けていることや、体質的に気になることがありましたらご記入ください。	
3. 光トリートメントについて、下記質問で該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> と必要事項をご記入下さい。	
お肌の悩み	<input type="checkbox"/> たるみ <input type="checkbox"/> 弾力のなさ <input type="checkbox"/> 毛穴の開き <input type="checkbox"/> ハリのなさ <input type="checkbox"/> 赤ら顔 <input type="checkbox"/> シワ <input type="checkbox"/> しみ <input type="checkbox"/> くすみ <input type="checkbox"/> 毛穴の黒ずみ(場所:) <input type="checkbox"/> ザラつき <input type="checkbox"/> 二重アゴ <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> ほうれい線 <input type="checkbox"/> その他()
日頃のお手入れ方法	<input type="checkbox"/> 化粧水 <input type="checkbox"/> 美容液(保湿) <input type="checkbox"/> 美容液(美白) <input type="checkbox"/> クリーム <input type="checkbox"/> 乳液(ミルク) <input type="checkbox"/> アイクリーム <input type="checkbox"/> パック <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 美顔機の使用 <input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> その他()
光トリートメント経験	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 時期(年 月位前)
エステ経験	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 脱毛・フェイシャル・その他()
エステ経験有りの方	以前、エステを受けてトラブルの経験、気になった点がございましたらご記入ください。

* 個人情報に関する法令を遵守し、お客様よりお預かりした個人情報を適切に管理致します。

ご記入ありがとうございました。お客様のご希望に添える様、誠心誠意アドバイスさせていただきます。