

フリガナ カルテNo カウンセリング担当
 氏名 性別 男 女
 郵便番号 〒 生年月日 昭和 平成 年 月 日 歳
 ご住所
 お電話番号 自宅 携帯 既婚 ・ 未婚
 注：ご予約の2～3日前に、予約確認のTELをさせて頂いております。ご了承下さい。
 メールアドレス ※DMの送付（希望する 希望しない）
 ご職業 会社員 公務員 自営業 主婦 学生 その他（ ）

<< お約束 >>

予約の変更・キャンセルは定休日を除いた3日前までに必ずご連絡下さい。予約時間に遅れた場合は施術できかねる場合もございます。当日・前日キャンセル・30分以上遅れた場合はキャンセル料を頂きます。ご了承ください。 確認済み

※適切なメニュー・商品をお選びする為、お手数ですが、下記の内容にお答え下さい。

※・今回受けられたきっかけやご希望について、お聞かせ下さい。(いくつでも)

出来るだけ早く改善したい（頃までに） リラックス、リフレッシュしたい 今使用中のホームケアを見直したい
 スキンケアについてアドバイスが欲しい 今の肌の状態を維持したい 気長に綺麗になりたい

1・現在お悩みのスキンケアトラブルをお聞かせ下さい。

シミ ・ シワ ・ たるみ ・ くすみ ・ ニキビ/吹出物 ・ ニキビ痕（色素沈着 凹凸）
 毛穴の開き ・ 毛穴の黒ずみ ・ 乾燥 ・ 過乾燥（アトピー） ・ 赤み ・ 敏感

※それは、いつ頃からですか？（ ）頃から

2・現在、病気や美容目的などで病院に通われていますか？ 通院 していない している

※何科に通われていますか？ 皮膚科・美容形成外科・内科・婦人科・その他（ ）

3・現在、常用している薬剤、漢方、健康食品などはありますか？ ない ある（ ）

4・現在使用中のスキンケアについて具体的にお書き下さい。

朝	夜
洗顔料を 使う 使わない タイプ(固形石鹸 チューブ パウダー) 化粧水： 乳液： その他：	クレンジングのタイプ クリーム ミルク ジェル オイル 洗顔料を 使う 使わない 化粧水： 乳液： その他：
日焼け止め (SPF) メイク 下地	リキッド 固形 パウダー

5・アレルギーはありますか？

ない ある（ ） わからない

6・これまでにかかった大きな疾患または現在、疾患はありますか？ ない ある（ ）

7・過去に化粧品トラブルはありましたか？

ない ある（ いつ頃 どのような ）

8・出産・妊娠経験は？ ない ある(いつ頃)

9・現在、妊娠していますか？ していない している（ ヶ月）

10・生理は順調ですか？ 順調 不順 なし

11・お体に金属類を入れていませんか？（お顔、骨折によるポルト、ペースメーカーなど）（歯の治療によるものは除く）

いいえ はい（ ）

12・タトゥー、アートメイクをしていますか？ はい（ ） いいえ

13・嗜好品は？ お酒 週 回 杯 タバコ 1日 本

14・日頃、紫外線に当たる機会は多いですか？ 少ない 多い()

15・日頃から、紫外線ケアを行っていますか？また、その対策を教えてください。()

16・当店を知ったきっかけは？（ ）