

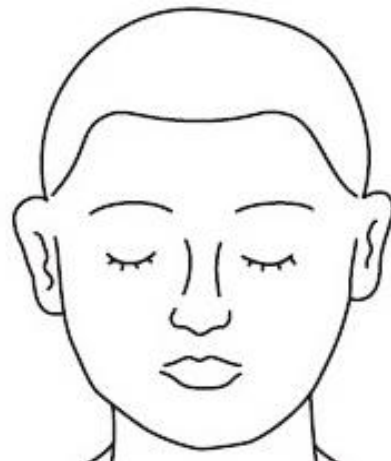
美容 カウンセリングシート

| | | | | | | |
|------|---|--------|------|------|---|---|
| フリガナ | | 男 女 | 昭 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | 生年月日 | 平 | | |
| 住所 | 〒 | | | 自宅電話 | - | - |
| | | | | 携帯電話 | - | - |

- 1 今までに美顔の治療を受けたことがありますか？
 ・はい (いつ: 治療内容:)
 ・いいえ
- 2 現在治療中の病気はありますか？
 ・はい (具体的に)
 ・いいえ
- 3 現在使用中のお薬はありますか？
 ・はい (具体的に)
 ・いいえ
- 4 最近1ヶ月の間に日焼けをしましたか？ また、今後1ヶ月の間に日焼けをする予定はありますか？
 ・はい (具体的に)
 ・いいえ
- 5 今までに糖尿病もしくはアルコール依存症と診断されたことはありますか？
 ・はい ・いいえ
- 6 てんかんの既往がありますか？
 ・はい ・いいえ
- 7 けが(すり傷、切り傷など)の後、傷跡が残りやすいですか？(ケロイド体質ですか？)
 ・はい ・いいえ
- 8 刺青(タトゥー)はありますか？
 ・はい(場所:) ・いいえ
- 9 現在、妊娠・授乳中ですか？
 ・妊娠中(か月) ・妊娠の可能性あり ・妊娠の可能性なし ・授乳中

10 気になっている部分はどこですか？(複数選択可)

- ・しみ
- ・そばかす
- ・ほくろ
- ・たるみ
- ・ニキビ
- ・その他
- ・しわ
- ・毛穴
- ・赤ら顔
- ・くすみ
- ・ニキビ痕



▲ 特に気になる部分を図にご記入下さい。