

カウンセリングシート

年 月 日

本日はご来店いただき誠にありがとうございます。

お客様の状態をより理解させて頂くため、カウンセリングシートのご記入をお願いいたします。

お名前 生年月日 年 月 日 (歳) 血液型

電話番号 Mail DM OK / NG

今までにエステサロン、美容クリニックで施術を受けたことはありますか？

☐ ない ☐ ある

スポーツ、ジム、部活などの運動経験はありますか？

☐ ない ☐ ある→(いつ頃: 何を:)

☐ 現在もしている→(何を: 頻度:)

今までにダイエットはしたことはありますか？

☐ していない

☐ していた→(いつ頃: どのような:)

☐ している→(どのような:)

現在の健康状態について教えてください。以下に該当するような症状はありますか？

☐ 良好

☐ 頭痛 ☐ 肩こり ☐ 冷え性 ☐ 便秘 ☐ 不眠症 ☐ 高血圧 ☐ 貧血 ☐ 疲れやすい ☐ アザがしやすい

☐ むくみやすい ☐ アトピー ☐ 関節痛(股・膝・肩・肘など) ☐ 月経不順 ☐ 更年期障害

日常生活について教えてください。

☐ 規則正しい ☐ 不規則 ☐ 偏食

今回施術を受けられる動機はどのようなものですか？

☐ 痩せたい ☐ ボディラインを整えたい ☐ むくみやセルライトを解消したい

☐ ウェディングの予定がある→(予定日: 月 日)

☐ 疲れを取りたい ☐ たるみを取りたい ☐ 痛みを改善したい→(箇所:)

体の状態・お悩みで具体的に気になる箇所はどこですか？

☐ おなか ☐ 二の腕 ☐ ヒップ ☐ 脚 ☐ フェイシャル ☐ その他→()

病院に通院や入院はしたことはありますか？

☐ ない ☐ ある→(いつ頃: 診断名:)

☐ 通院中→(症状または診断名:)

現在服用中の薬やサプリメントはありますか？

☐ ない ☐ ある()

薬や化粧品でかぶれや湿疹、アレルギーなどを起こしたことはありますか？

☐ ない ☐ ある→(何で: 症状:)

現在、妊娠の可能性はございますか？

☐ ない ☐ ある

現在、ペースメーカーや埋込、人工関節、インプラントなどの金属が体内にありますか？

☐ ない ☐ ある→()

回数券の購入を検討されていますか？

☐ 購入を希望している ☐ 初回のみ ☐ よければ購入も検討する ☐ 未定

当サロンへのご来店のかっかけを教えてください。

☐ 紹介(紹介者名:) ☐ 雑誌を見て→(雑誌名:)

☐ インターネット ☐ 当サロン HP ☐ ブログ→(どなたの:)

☐ 書籍を見て(ミオドレダイエット・くぼみ押すだけダイエット・アンチエイジング) ☐ その他

その他、施術に際してご要望がありましたらお書きください。

()