

カウンセリングシート

初回日 年 月 日

■お名前 フリガナ _____ 未婚・既婚 _____ ■連絡先 _____

血液型 _____ 型 _____ ■生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ご住所 フリガナ _____

〒 _____

■職業 自営・勤務・無職・学生・専業主婦・(仕事内容 事務・製造・営業・販売・飲食・教職・医療)

■経験した怪我・病気など _____ 年前

■現在の健康状態 肩こり・腰痛・頭痛・冷え性・むくみ・生理痛・眼精疲労・胃腸障害 その他 _____

■処方されているお薬 _____

■お肌の状態 _____

お肌トラブル しみ・しわ・たるみ・くすみ・むくみ・毛穴・吹き出物・(その他 _____)

肌質 敏感肌・乾燥肌・脂性肌・混合肌・アレルギー肌 (アトピー肌)

顔色 青白い・赤い・黄色い・白色・黒ずんでいる

■スキンケア _____

- ・メイク落とし (ふきとり・オイル・ジェル・クリーム・乳液)
- ・洗顔料 (固形石鹸・パウダー・クリーム・ジェル)
- ・化粧水 (さっぱり・しっとり) / 乳液 / 美容液
- ・パック (週 回・月 回・不定期) その他 (_____)

*今までにお化粧品でのトラブルはありますか? あり ・ なし

■その他 _____

- ・睡眠: 就寝時間 : ~ : 規則的・不規則
- ・入浴: 毎日湯船につかる (_____ 分)・時々つかる (_____ 分)・半身浴・シャワーのみ
- ・運動: 内容 _____ 時間
- ・ストレス: 多い ・ 普通 ・ 少ない

■食生活 _____

- ・肉類 ・よく食べる ・普通 ・あまり食べない
- ・魚類 ・よく食べる ・普通 ・あまり食べない
- ・野菜 ・よく食べる ・普通 ・あまり食べない
- ・果物 ・よく食べる ・普通 ・あまり食べない
- ・油物 ・よく食べる ・普通 ・あまり食べない
- ・乳製品 ・よく食べる ・普通 ・あまり食べない
- ・スナック類 ・よく食べる ・普通 ・あまり食べない (間食 する・しない)
- ・飲み物 ジュース・お茶・お水・その他 1日水分摂取量 1.50以下 1.50以上
- ・アルコール 飲まない 飲む ビール _____本 たばこ _____本

■摂取しているサプリメント・健康食品 (_____)

■現在治療中の病気はありますか? なし あり _____

■アレルギー なし あり _____

■過去に美容整形の経験はございますか? なし あり _____

■ピルの使用 ある ・ なし

■便秘 ある ・ なし

■妊娠中、授乳中ですか? はい いいえ

■過去に鍼灸治療を受けられたことはありますか? はい いいえ