

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

■生年月日 年 月 日

■ご住所 フリガナ

〒

E-mail *ご連絡が生じた場合はご連絡を差し上げても構いませんか? (はい ・ いいえ)

*ご希望のご連絡方法 (固定電話・携帯電話・メール) 携帯番号

■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 1.5ℓ以下 1.5ℓ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

☆ご協力ありがとうございました☆

はり灸サロンまごころ