

美容カウンセリングシート

年 月 日

フリガナ		生年月日
氏名	男 女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
住所	長崎市 西彼杵郡	
電話番号	自宅 携帯	

※問診票にすでにご記入いただいている場合は氏名だけで結構です。

1. 現在のお悩みは何ですか？該当するものに○をつけてください。

シミ シワ たるみ ニキビ/吹き出物 ニキビ跡 毛穴の開き 毛穴の黒ずみ 乾燥
赤み 敏感 その他()

2. そのお悩みはいつ頃からですか？

最近 半年未満 半年から1年前から 1年以上前から

3. あなたの肌質は以下のどれですか？

普通肌 乾燥肌 脂性肌 敏感肌 混合肌

4. 受けてみたい治療が具体的にきまっていますか？

きまっていない 決まっている()

5. 現在、常用している薬剤、漢方、健康食品などがありますか？

ない ある()

6. 現在のスキンケアで使用しているものに○をつけてください

朝: クレンジング 洗顔 化粧水 乳液 美容液 化粧下地 その他()

夜: クレンジング 洗顔 化粧水 乳液 美容液 その他()

7. アレルギーはありますか？

ない ある

8. 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:)

9. 治療中の病気がありますか？

ない ある()

10. 現在妊娠していますか？

していない している 妊娠()ヵ月

11. 生理は順調ですか？

順調 不順 なし

12. タバコは吸いますか？

吸わない 吸う(1日約 本)

13. 食事のバランスはいかがですか？

良い ふつう 悪い

14. 日頃紫外線に当たる機会が多いですか？

少ない 日常生活程度 多い 以前は多かった

15. 日頃から紫外線ケアを行っていますか？

紫外線ケア : あまり気にしていない 気にしているが行っていない 気にしている
対策方法 : 日焼け止め又は化粧下地 日傘 サングラス 長袖等の衣類
帽子 サプリメントの摂取 その他()

16. 当院に来院されたきっかけは何ですか？

看板をみて ホームページをみて 雑誌をみて 近所だから 以前受診したことがあるから
紹介(紹介者のお名前) その他()

17. その他何か質問があればご記入ください。