カウンセリングシート

適切な施術のご提案をさせて頂くために、下記質問のご回答をお願い致します。

フリガナ			
お名前			
〒（　　-　　） ご住所			
TEL　　（　　）　　-	MAIL　　@		
生年月日　西暦　　年　　月　　日	ご年齢　　歳	ご職業	
当院を何で知りましたか？該当するものに〇をつけてください：ホームページ・看板・ポスター・SNS・紹介（紹介者名　　）・その他			
当院からのご連絡　　TELでのご連絡　・　MAILでのご連絡　・　連絡は不要			

～お悩み～

気になる施術はありますか？	（乾燥・シワ・シミ・くすみ・毛穴・ニキビ・赤ら顔・たるみ・くま等）		
（詳細：　　）			
既往歴はありますか？	あり	なし	（肝疾患・高血圧・糖尿病・脂質異常症・心疾患・てんかん・喘息・アトピー等）
現在治療中の病気はありますか？	あり	なし	（疾患名　　）
現在内服されているお薬やピル、サプリメントはありますか？	はい	いいえ	（薬品名：　　）
アレルギーはありますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
手術歴はありますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
嗜好品	あり	なし	（タバコ：　　本/日　　アルコール：週　　回）
現在お使いの基礎化粧品	あり	なし	（詳細：　　）
アルコール綿でのかぶれはありますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
化粧品、施術のジェルなどで肌トラブルのご経験はありますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
歯医者さんの麻酔や局所麻酔でご気分が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
金の糸やペースメーカーは入っていますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
現在、歯科治療を行っていますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
金歯・銀歯・差し歯などはありますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
ペースメーカー等は入っていますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
アートメイクはしていますか？	はい	いいえ	（詳細：　　）
現在までに美容医療のご経験がありますか？	はい	いいえ	詳細

～女性の方に質問です～

現在、妊娠・授乳中ですか？	はい	いいえ	
今後、妊娠のご予定はありますか？	はい	いいえ	

ご記入ありがとうございました。

Bellis skin clinic