



（ハーブ0.5g以上） カウンセリングシート

記入日：H 年 月 日（ ）

氏名：_____

住所：_____

生年月日：S / H 年 月 日

- | | |
|---|------------------------------|
| ① クロイターピールまたはハーブピーリングを経験されたことはございますか？
ハイの方は、いつ頃、どこで、受けられましたか？ | ハイ・イイエ
いつ：
どこで： |
| ② ハーブアレルギーを持っておられますか？（経験含む）
ハイの方は、どのような症状、状態でしたか？ | ハイ・イイエ
症状： |
| ③ ヘルペスの症状はございますか？（経験含む）
また、経験された方はどのような症状でしたか？ | ハイ・イイエ
症状： |
| ④ 現在病院にかかられていますか？
どのような症状でかかれておられますか？ | ハイ・イイエ
症状： |
| ⑤ 現在、ホルモン療法を行っておられますか？
（ピル、ホルモン注射等） | ハイ・イイエ
理由： |
| ⑥ ピーリング作用のある洗顔料や化粧品の使用はございませんか？
（AHA（フルーツ酸）等） | ハイ・イイエ
種類： |
| ⑦ 現在、ニキビの治療薬を使用されておられませんか？
（化粧品、飲み薬、塗り薬等） | ハイ・イイエ
種類： |
| ⑧ 常備薬のご使用は、ございませんか？
（サプリメント含む） | ハイ・イイエ
種類：
ご試用期間： |
| ⑨ 現在、他のピーリングを受けられておられませんか？
（ケミカルピーリング等） | ハイ・イイエ
種類： |
| ⑩ 今までにレーザー治療を受けられたことはございますか？
ハイの方は、いつ頃、どのようなお悩みで
又効果はいかがでしたか？ | ハイ・イイエ
いつ：
お悩み：
効果： |
| ⑪ ボトックスやコラーゲン注射をした事がありますか？
ハイの方は、いつ頃、どの部分ですか？ | ハイ・イイエ
いつ：
どこに： |
| ⑫ お客様は、について説明を受けており、施術の結果自然に上層皮膚（角質）が
改善すること、また自ら肌をこすることはしないということをご理解されていますか？
また、施術後コース（ビパーチェ5日間、モルビド3日間、アマービレ1日間）
別によって水にぬらすと効果がなくなる期間があることもご理解されていますか？ | ハイ・イイエ |

施術後はトラブルを防いで、クロイターピールの機能を促進するために
クロイターピール製品（再生管理と同様のホームケア）をお勧めします。

氏名：_____

印