

No.		初来店日		
ふりがな				
お名前		生年月日	S/H 年 月 日 年齢	
Address 〒		TEL		
mail	@	Phone	@	
婚歴	未婚 既婚	年		
家族構成 (同居)	祖父・祖母・父・母・夫・子供 () 人・弟・姉妹			
ご職業	会社員・公務員・パートタイマー・自営業・主婦・無職・その他 ()			
来店動機	来店目的			
健	体質は	むくみやすい・ ケロイド体質 ・冷え性・貧血・肩こり・低血圧・高血圧・風邪ひきやすい・胃腸が弱い・腰痛・偏頭痛	食事について	間食が多い・甘い物をよく食べる。・水分はあまりとらない。・野菜はあまり食べない。
	本日の体調は、いかがですか	(平常通り ・ 風邪をひいている ・ 体の痛みがある ・ 生理中である)	食事回数	1日 回
	ダイエットの経験はありますか?	ある・ない・最中	食事時間	だいたい決まっている。 ・ 不規則
	身長・体重	身長 cm 体重 kg	食事に関して、気にかけている事は、ありますか?	ある具体的に ・ ない
康	生理周期	周期 日・閉経している	煙草	吸わない・吸う 1日 本くらい
	生理痛	周期 () 閉経している	お酒	飲まない・飲む 1日 本くらい
	常用健康食品は、ありますか?		珈琲	飲まない・飲む 1日 杯くらい
	今後服用してみたいサプリメントは、ありますか?	ある具体的に ・ ない	コンタクト	している ・ していない
生	勤務時間	始業約 時間 ~ 退社 時間	まつげエクステ	している ・ していない
	身体疲労感	ある ・ ない	肌の悩み	ある ・ ない 具体的に
	睡眠時間	就寝約 時間 ~ 起床 時間	アートメイク	ある具体的に ・ ない
	運動	している	エステの経験	ある具体的に ・ ない
		していない	ピーリングエステのご経験は、ありますか?	ある具体的に ・ ない
	大変なことを控えていますか?	入院・引越し	お仕事で該当される事はありますか?	ほこり接触・夜間作業・飲食
精	ストレスを受けやすいですか?	はい ・ 普通 ・ いいえ	整形のご経験は?	ある具体的に ・ ない
			現在整形は?	シリコン・ボトックス・コラーゲン
精神			口に水ぶくれのご経験は?	ある具体的に ・ ない