

カウンセリングチェックシート

フリガナ		生 年 月 日	() 歳)	●未婚
お名前	T・S・H 年 月 日			●既婚(子供 人)
フリガナ				
ご住所	〒			
フリガナ		お 電 話	自宅 ()	
お勤め先			携帯 ()	※お持ちの方は緊急時連絡用に必ずご記入下さい

ご相談内容()

保険内

保険外

①今までにかかれた病気・手術等また、現在加療中の病気等は？

1. 病名() 2. 手術() :何年前() 3. 入院() ヶ月)
3. 入院() ヶ月 4. 通院中() 5. その他の病気()
6. 服用している薬() 期間()

●これまでに次のような病気をしたことがありますか？ (ある ない)
ある方は○印をお付けください

心臓病 肝臓病 糖尿病 高血圧 リューマチ 喘息 結核
胃腸疾患 悪性腫瘍 アレルギー その他()

- 麻酔によって何か異常を起こしたことがありますか？ (ある ない)
- 薬を飲んで何か異常を起こしたことがありますか？ (ある ない)
- ある方は薬品名をお書き下さい (薬品名)

②美容整形されていますか？ (はい いいえ)

- 部位はどちらですか？ ()
- 何年前ですか？ ()

③その他の病気、ケガ等で体内に金属、ペースメーカー等を入れていますか？

はい [部位] [年前] ・ いいえ

④アレルギー、化粧品カブレの経験はありますか？

はい [部位] [年前] ・ いいえ

⑤皮膚科に通院された事はありますか？ (はい いいえ)

- 症状は？ () どのくらい前ですか？ ()
- どのくらいの期間ですか？ ()
- 薬の内容(内服薬) (外用薬) 期間()
- 副腎皮質ホルモンを使用した事がありますか？ (はい いいえ)
- 薬の内容(内服薬) (外用薬) 期間()

※2ページ目もございますので、ご記入をお願い致します。※

⑥生理についてお聞かせください(1から6までで当てはまるものに○印をお付け下さい)

- 1. 順調(日周期) 2. 不順(早い / 遅れる / パラつく)
- 3. ピルを飲んでいる(年前から) 4. 更年期障害がある(年前から)
- 5. 閉経している(年前) 6. 妊娠している(ヶ月)
- 次回の生理予定日をご記入下さい(月 日くらい)
- 現在、生理中の方はご記入下さい(日目)

⑦便秘はされていますか？ (はい いいえ)

- 何日くらいですか？(日間)
- 便秘薬をご使用の方はご記入下さい(薬品名 を週に 回使用)

⑧最近の体調面をお聞かせ下さい

肩凝り / 頭痛 / 歯痛 / 腹痛 / 睡眠不足 (時間位 時～ 時)

不規則な生活 / 運動不足 / 体調が悪い / 薬の乱用 / 化粧品の乱用

ストレス / 手足がむくみやすい / 神経痛やリウマチがある

⑨食事のバランスはとれていますか？ (はい いいえ)

⑩スポーツをされていますか？ (はい いいえ)

何をされていますか？()

⑪お顔そりはされていますか？ (はい いいえ)

何回くらいですか？ (月に 回くらい)

⑫コンタクトレンズをされていますか？ (はい いいえ)

⑬ご使用の化粧品についてお聞かせ下さい

使用、未使用どちらかに○印をお付けになり、()内には商品名又はメーカー名をご記入下さい

● クレンジング 使用 未使用 ()
クレンジングの性状は？ オイル ジェル 乳液 シートタイプ

● 洗顔 使用 未使用 ()

● 化粧水 使用 未使用 ()

● 乳液 使用 未使用 ()

● クリーム 使用 未使用 ()

● 美容液 使用 未使用 ()

● ファンデーション 使用 未使用 ()

● 日焼け止め 使用 未使用 ()

⑭化粧品の変更をお考えですか？ (はい いいえ)

⑮当院をどのようにしてお知りになりましたか？

電話帳 / 看板 / 雑誌 / インターネット / ご紹介 (ご紹介者 様)