

カウンセリングシート

お客様の健康状態に応じた施術を行うための情報です

ご来店年月日			
お名前	フリガナ	生年月日	年齢
ご住所	〒		
お仕事	TEL		

こちらへご来店くださったきっかけは次のうちのどれに該当しますか

- 紹介（紹介者名 様） 広告 新聞
 自宅に近いから 職場が近いから 通りがかり チラシ

エステの経験はありますか（ 有 ・ 無 ）

あてはまる項目にチェックを入れてください

- 肩こりなどの身体のコリを改善したい
 痛みの改善や怪我からの回復をしたい
 慢性疲労からの回復をしたい
 柔軟性を改善したい
 純粋にリラクゼーションマッサージを受けたい
 その他（ ）

体の状態で気になっている項目を教えてください

- 肩こり 首のこり 頭痛 背中中の痛み 目の疲れ・かすみ 肘痛
 腰痛 足の痛み 足の腫れ むくみ その他（ ）

普段運動はされますか しない する（ ）

水分は1日に 1.5L 以上 以下

食事の回数 3食しっかり食べる 朝は食べない 不規則である 間食をする

嗜好品 お酒（週 回） コーヒー（日 回） 紅茶（日 回） 緑茶（日 回）
 冷たい飲食物（ 多い 普通 少ない ） タバコ その他（ ）

家事や仕事の内容 毎日 週に 回 時間が決まっている 残業が多い
 立仕事 デスクワーク パソコンを使う

最近の様子 楽しい まあまあ 忙しい 気を遣う
 つまらない 疲れる ストレスが多い

睡眠 規則正しく寝ている 不規則 睡眠時間は 時間くらい
 熟睡できる まあまあ眠れる 眠りが浅い
 なかなか寝付けない すっきり起きられない

あなたの体質 健康 貧血気味 冷え性 便秘がち 高血圧/低血圧 持病がある
 その他（ ）

ありがとうございます。気になることがございましたらお気軽にご相談ください。