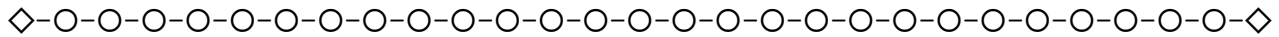


カウンセリングシート

ご来店ありがとうございます。お客様の健康状態に合わせた施術のための情報をお聞かせください。

ご来店年月日	年 月 日			
お名前	フリガナ	生年月日		年齢
		年	月	日
ご住所	〒			
	TEL			



エステのご経験はありますか？

あります ありません

ご来店くださったきっかけは次のうちのどれにあたりますか？

知り合いからの紹介（紹介者名 様） 広告 チラシ
 近所だから 職場の近くだから 通りがかり その他（ ）

ご希望の内容が次の中にありますか

身体のコリをほぐしたい
 慢性疲労を改善したい
 純粹にリラクゼーションマッサージを受けたい
 慢性的な痛みをやわらげたり怪我の回復のために受けたい
 その他 （ ）

身体の状態で気になっていることはありますか？

頭痛 肩こり 首のこり 背中痛み 腰痛 肘の痛み 足の痛み
 足の腫れ むくみ 目の疲れ・かすみ 便秘 肌荒れ 特になし
 その他 （ ）

あなたの現在の体質について

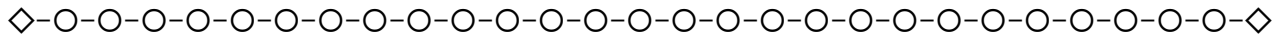
健康 冷え性 便秘がち 貧血気味 高血圧/低血圧 持病がある
 その他 （ ）

あなたの日常について

運動をよくする 運動はあまりしない 水分を1日を1.5Lはとる
 食事は3食しっかり食べる 食事は不規則である 間食をよくする
 熟睡できる まぁぁ眠れる なかなか寝付けない すっきり起きられない
 立ち仕事が多い デスクワークが多い 残業が多い パソコンをよく使う

嗜好品について

お酒（ 週 回） コーヒー（ 日 回） 紅茶（ 日 回） 緑茶（ 日 回）
タバコ（ 日 本）



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。