

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。
以下、ご記入をお願いします。

ご来店日	年 月 日
お名前	フリガナ:
ご住所	〒
お電話番号	
生年月日	年 月 日
ご来店くださったきっかけ	
<input type="checkbox"/> 紹介(紹介者名: 様) <input type="checkbox"/> 広告 <input type="checkbox"/> ネット	
<input type="checkbox"/> 自宅から近い <input type="checkbox"/> 職場から近い <input type="checkbox"/> ロコミ <input type="checkbox"/> その他()	
エステのご経験はありますか <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

当てはまる項目にチェックをお願いします。

- 肩こりなどの体のコリを改善したい 慢性疲労からの回復をしたい
 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点がありますか？

- 肩こり 首のこり 頭痛 背中の痛み 目の疲れ
 腰痛 足の痛み 足のしびれ むくみ その他()

普段運動はされますか？

- しない する (具体的に:)

水分は1日にどれくらい飲みますか？

- 1.5リットル以上 1.5リットル以下

1日に食事の回数は？

- 3食 朝食抜き 不規則

嗜好品

- お酒 コーヒー 紅茶 緑茶 冷たい飲食
 タバコ その他 ()

最近のご様子

- 楽しい 忙しい 良く寝れる ストレスが多い
 つまらない 疲れがとれにくい 眠りが浅い

ありがとうございました。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。