カウンセリングシート

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日
お名前		電話番号
住所		ご職業
		DM送付　　はい　　いいえ
メールアドレス		

1.当店を知ったきっかけ

□ホームページ　□SNS/SNSでの広告　□友人、知人の口コミ

□チラシ/広告　□ネットでの広告　□その他

2.健康状態についてお聞かせください

1.妊娠をしていますか？　はい　いいえ

2.アレルギーがありますか？　はい　いいえ

はいの場合はどのようなものですか？

（　　）

3.今まで手術したことがありますか？　はい　いいえ

はいの場合はどのようなものですか？

（　　）

4.今現在体の不調がありますか？　はい　いいえ

はいの場合はどのようなものですか？

（　　）

5.睡眠時間はどれくらいですか？　時間～　時間

6.毎日運動をしていますか？　はい　いいえ

はいの場合何時間くらいしていますか？　時間

7.普段使っているケア用品がありますか？　はい　いいえ

はいの場合差し支えなければお書きください

（　　）

3.その他スタッフに伝えておきたいことがあればお書きください。

（　　）