

カウンセリングシート

令和 年 月 日

フリガナ			性別	男 ・ 女	
氏名					
生年月日	S・H・R	年 月 日	年齢	歳	
ご住所	〒			職業	
電話番号	()	—	携帯番号	()	—
緊急連絡先	()	—	※繋がる連絡先のご記入をお願いします。		

◆肌質をお聞かせください ☐ 普通肌 ☐ 脂性肌 ☐ 乾燥肌

◆どのような症状でお悩みですか？

☐ シミ ☐ しわ ☐ たるみ ☐ そばかす ☐ くすみ ☐ 肝斑
☐ 小顔 ☐ ニキビ・吹き出物 ☐ ニキビ跡 ☐ 毛穴 ☐ ほくろ・いぼ
☐ 多汗症 ☐ 赤ら顔 ☐ 薄毛 ☐ 脱毛 ☐ 肩こり・腰痛
☐ その他()

◆今まで皮膚科・美容外科・エステで施術・相談されたことはありますか？(脱毛含)

☐ いいえ ☐ はい(いつ頃 何を)

◆現在、服用している薬剤、漢方、サプリなどがありますか？

☐ いいえ ☐ はい ()

◆予防接種(コロナワクチン、インフルエンザワクチン)

最終接種日 /
回数 回目

◆アレルギーはありますか？

☐ 金属 ☐ 花粉 ☐ ナッツ ☐ とうもろこし ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ ゴム手袋
☐ アトピー性皮膚炎 ☐ じんましん ☐ 光過敏症 ☐ その他 () ☐ なし

◆過去に化粧品トラブルはありましたか？

☐ いいえ ☐ はい (いつ頃: どのような:)

◆気になる施術について

☐ 点滴(白玉・シンデレラ・ビタミン) ☐ スプリング ☐ ボトックス ☐ 脱毛 ☐ イオン導入 ☐ アクアピール
☐ ピーリング ☐ ダーマペン ☐ ヒーライト ☐ ハイフ ☐ ピアス ☐ レーザー() ☐ 化粧品()

ペースメーカーや埋め込み式除細動器、金属プレートをいれていますか？	☐ いいえ ☐ はい
糖尿病、心筋梗塞、脳梗塞などの疑いはありますか？	☐ いいえ ☐ はい
治療部位に皮膚疾患や傷痕・化膿等がありますか？	☐ いいえ ☐ はい
悪性腫瘍、またはその疑いがありますか？	☐ いいえ ☐ はい
出血性疾患がありますか？	☐ いいえ ☐ はい
ケロイド体質がありますか？	☐ いいえ ☐ はい
シリコン、インプラント、金の糸、フィラー、ボトックス・ヒアルロン酸・コラーゲン等をしていますか？	☐ いいえ ☐ はい
アートメイクをされていますか？	☐ いいえ ☐ はい
タバコは吸われていますか？	☐ いいえ ☐ はい
妊娠中、授乳中、妊娠の可能性がありますか？(ピルの内服等)(妊活中の方)	☐ いいえ ☐ はい
1週間以内に、強い日焼けをしましたか？	☐ いいえ ☐ はい
レチノイン酸製剤(内服・外用)を使用中ですか？ ※薬品名:ディフェリン、ベピオゲル、デュアック、トレチノイン、ハイドロキノンなど	☐ いいえ ☐ はい

カウンセリング担当

ゆみ皮膚科

2022.12.9~