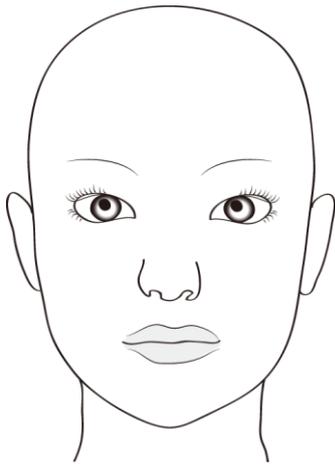


Facial Counseling Sheet

年	月	日	NO.	お名前	35歳	C	様
---	---	---	-----	-----	-----	---	---

生活習慣について

	冷房や暖房に当たることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	紫外線に当たることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	脂っこいものや甘い食べものが好き	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	食事が不規則になりがち	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	便秘がち	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	睡眠が不規則になりがち	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	運動不足気味	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
	入浴をシャワーですませることが多い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	ストレスを抱えることが多い	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ

お肌悩みやスキンケアについて

①お肌で気になる場所はどこですか？

目の下のシミ

②皮脂分泌について

日中、脂浮きしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
ニキビや吹き出物がしやすいですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

③保湿について

次のような状態になったことはありますか？

かさつき つっぱり 乾燥

④お肌の敏感度

ヒリヒリ感やかゆみを肌を感じることはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の中で皮膚反応を起こしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 食べ物	<input type="checkbox"/> 化粧品	<input type="checkbox"/> 薬品
	<input type="checkbox"/> 花粉	<input type="checkbox"/> 動物	<input type="checkbox"/> 香水/香料
	<input type="checkbox"/> 日焼け止め	<input type="checkbox"/> 他	_____
通常の日差しでも、すぐに赤くなったりヒリヒリしますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
それ以外のときでも、肌が赤くなりやすいですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

⑤過去のエステや治療について

1か月以内にケミカルピーリングやレーザーなどを受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
1年以内に皮膚科の治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ

⑥現在、使用中の基礎化粧品はどれですか？

<input checked="" type="checkbox"/> クレンジング剤	<input checked="" type="checkbox"/> 石鹸/洗顔料	<input checked="" type="checkbox"/> 化粧水	<input type="checkbox"/> 乳液/クリーム	<input type="checkbox"/> スクラブ洗顔
<input type="checkbox"/> 美容液	<input checked="" type="checkbox"/> 日焼け止め (SPF値 20)	<input type="checkbox"/> パック	<input type="checkbox"/> アイクリーム	
<input type="checkbox"/> ピーリング	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> サプリ・ドリンクなど (コラーゲン/酵素/美肌)		

⑦スタッフ記入欄

Blank area for staff notes.